

ANEXO 05

Esterilização Cirúrgica Eletiva – Vasectomia

Declaração Médica

Declaro que _____,
CPF _____, realizou no dia ____/____/____, avaliação
clínica e não foi detectada: infecção local ou sistêmica, massa escrotal, Infecção
Sexualmente Transmissível (IST), portanto o parecer sobre a Esterilização Cirúrgica
Eletiva neste momento é:

() Parecer **NÃO FAVORÁVEL** à indicação do usuário à Esterilização Cirúrgica
Definitiva.

() Parecer **FAVORÁVEL** à indicação do usuário à Esterilização Cirúrgica Definitiva
(deverá realizar avaliação pré-cirúrgica), mediante livre consentimento.

Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a) - CRM/SC.

