

ANEXO 06

Esterilização Cirúrgica Eletiva – Laqueadura Tubária

Declaração Médica

Declaro que a usuária _____,
CPF _____ realizou no dia ____/____/____, avaliação
clínica e não foi detectada: Infecção local, sistêmica ou Sexualmente Transmissível
(IST), bem a como indicação do procedimento por Risco a vida, caso haja uma nova
gestação, ou condição de vulnerabilidade social, portanto dou o seguinte parecer:

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

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

