



**DECLARAÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA
POLICLÍNICA III - AMBULATÓRIO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Nº CARTÃO SUS: _____

Nº PF: _____

PROCESSO Nº: _____

Eu, _____,

_____ anos, _____ (ESTADO CIVIL) _____ anos de união, _____ filhos vivos,

residente na _____

(RUA / AV. Nº / BAIRRO / CIDADE)

Declaro, para os devidos fins, que:

- 1 - é de minha livre e espontânea vontade e do meu interesse realizar esterilização cirúrgica;
- 2 - recebi todas as informações e orientações, do serviço médico, sobre todos os métodos contraceptivos e sobre esterilização;
- 3 - estou ciente dos riscos físicos da cirurgia e da dificuldade de sua reversão;
- 4 - estou ciente que a esterilização, tanto a vasectomia quanto a laqueadura, são eficazes em 99,8% ou seja, **2 pacientes em 1000 que se esterilizam podem continuar férteis.**

ASSINATURA DO PACIENTE:

ASSINATURA DO CÔNJUGE:

NOME DO CÔNJUGE:

Campinas, ____ de _____ de _____ .

PARECER DA COMISSÃO

ASSINATURA MEMBRO DA COMISSÃO:

ASSINATURA DO MÉDICO:

Campinas, ____ de _____ de _____ .