

TERMO DE RESPONSABILIDADE – ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Eu _____, idade _____, portador(a) da Carteira de Identidade n.º _____ e CPF n.º _____, estado civil _____, dependente do(a) empregado(a) _____, matrícula _____, **DECLARO** para os devidos fins e de acordo com os termos da Lei 9.263, de 12/01/2001 e da Portaria – SAS/MS N.º 048, de 11/02/01, Que estou ciente das implicações decorrentes da ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA a que pretendo me submeter, voluntariamente, daqui a 60 (sessenta) dias, através de método cientificamente aceito e de acordo com o item III do art. 40º, da Portaria SAS/MS-048, de 11/02/99 a ser realizado por profissional médico por mim escolhido, devidamente habilitado e capacitado para o ato.

Por ser verdade, dato e assino a presente declaração.

Local _____ Data: ____/____/____.

Assinatura

HAVENDO SOCIEDADE CONJUGAL:

Estou de acordo com a realização da esterilização cirúrgica do meu cônjuge acima qualificado. Por ser verdade, expresso abaixo o meu consentimento.

Nome completo: _____ Idade: _____

Carteira de identidade: _____ CPF: _____ Telefone: _____

Local _____ Data: ____/____/____.

Assinatura

OBS: No caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por 2 (dois) médicos, não se aplica o prazo acima.

A SER PREENCHIDO PELO SETOR MÉDICO

Data para realização do ato cirúrgico: **a partir de** ____/____/____.
Contados a partir da entrega do Termo.

Recebido por: _____ Data: ____/____/____.