



PMSJC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TERMO DE MANIFESTAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DA VONTADE  
LAQUEADURA

**MANIFESTAÇÃO DA VONTADE**

Eu \_\_\_\_\_, após ser informada a respeito dos riscos cirúrgicos:

Hemorragias, infecções e choque anafilático pós-anestésico.

Sabendo que existem riscos de gravidez por recanalização das trompas uterinas e de gravidez tubária.

Sabendo da dificuldade de reversão cirúrgica e conhecendo as vantagens de outros métodos de contracepção reversíveis existentes na rede pública, manifesto a vontade de realizar esterilização cirúrgica, de acordo com o protocolo da Secretaria Municipal da Saúde de São José dos Campos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Candidata

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cônjuge

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional Técnico

**CONFIRMAÇÃO DA VONTADE**

Confirmo a vontade de realizar a "LAQUEADURA"

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Candidata

**PARECER MÉDICO**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

Unidade de Saúde de Origem: \_\_\_\_\_