



PMSJC

SECRETARIA DE SAÚDE
TERMO DE MANIFESTAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DA VONTADE
VASECTOMIA

MANIFESTAÇÃO DA VONTADE

Eu _____, após ser informado a respeito dos riscos cirúrgicos:

Hemorragias, infecções e choque anafilático pós-anestésico.

Sabendo que existem riscos de recanalização do canal deferente possibilitando o retorno da fertilidade.

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

Assinatura do Candidato

Assinatura do Côniuge

Data ____/____/____

Assinatura do Profissional Técnico

CONFIRMAÇÃO DA VONTADE

Confirmo a vontade de realizar a "VASECTOMIA"

Data ____/____/____

Assinatura do Candidato

PARECER MÉDICO

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

Unidade de Saúde de Origem: _____