

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

Eu _____, inscrito no CPF sob n.º _____ e RG n.º _____, e minha (meu) esposa (o), _____, inscrita (o) no CPF sob n.º _____ RG n.º _____, residentes na rua _____ n.º _____, bairro _____, em Joinville /SC, declaramos, para os devidos fins, que temos ciência do disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, assim como nos foi propiciado acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Declaramos, também, que estamos de acordo com a realização do procedimento **ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA**, e estamos em plenas condições físicas e mentais para firmar o presente, não estando sob a influência de qualquer alteração da capacidade de discernimento (influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente).

Joinville (SC), _____ de _____ de _____.

Deve ser preenchido pelo médico assistente

Expliquei todo o procedimento exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico _____ Assinatura _____ CRM _____

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) paciente		Assinatura do(a) Cônjuge	
RG Nº		RG Nº	
NOME		NOME	