



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA

para realizar Esterilização Cirúrgica Laqueadura Tubária ou Vasectomia

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, planejamento familiar; Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022

MOMENTO DA CIRURGIA:

NÃO SE APLICA () INTERVALO INTERPARTAL () TRANSPARTO () PÓS-PARTO ()

Nome: _____,

Nacionalidade _____, estado civil _____, com _____ anos de idade,
residente a _____ na cidade de _____.

Na data ____/____/____, os médicos abaixo assinados, inscritos no Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, analisaram em conferência médica os dados clínicos do (a) paciente acima e concordaram com a realização da esterilização cirúrgica solicitada após conhecimento pelo (a) mesmo (a) das demais opções anticoncepcionais reversíveis, riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais e dificuldades de reversão.

Lavram, portanto, a presente ata em 3 (três) vias.

Como expressão do consentimento informado, consciente e livre do ato médico o (a) paciente assina em todas as vias, bem como os médicos assistente e conferencista.

Brasília, ____ de _____ de _____

Médico assistente

Médico conferencista

Paciente