



**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