

## TERMO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA

Pelo presente documento, eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_,  
manifesto minha vontade de realizar o procedimento de esterilização cirúrgica denominado  
Vasectomia.

O procedimento cirúrgico será realizado pelo Dr. Paulo Marcos Longuini Mazili,  
CRM nº 107.740.

Declaro que nesta data, o médico acima referido, informou-me dos riscos da cirurgia, possíveis  
efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão, bem como das opções de contracepção reversíveis  
existentes. As informações foram plenamente compreendidas.

Deverá ser observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre esta manifestação da vontade e o  
ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações.

O médico assistente deverá notificar à autoridade sanitária competente a realização desta  
esterilização cirúrgica. (\*)

**Importante:** de acordo com o artigo 15, da Lei nº. 9263/96, é crime realizar esterilização cirúrgica em  
desacordo com os critérios determinados na referida lei, constante nas Diretrizes de Utilização para  
Cobertura de Procedimentos na Saúde Suplementar, editadas pela Agência Nacional de Saúde  
Suplementar – ANS (RN nº 167/2008).

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Cônjuge

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Local e Data