
Título: Conferência Médica para Laqueadura Tubária Bilateral

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ - CMLT - V.9

Fase: Vigente

CONFERÊNCIA MÉDICA PARA LAQUEADURA DE TROMPAS

Nome da paciente: _____ Matrícula: _____
Naturalidade _____ Estado: _____ Nacionalidade: _____
Identidade: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____
Endereço: Rua/Av. _____ Qd. _____ Lt _____ N°. _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____

Momento da Cirurgia no transparto:

Tempo de gestação: _____ **Data prevista do parto:** _____

Aos _____ dias do mês de _____ do ano de _____, o médico abaixo assinado, inscrito no Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, e analisou em conferência médica, os dados clínicos/obstétricos da paciente acima identificada. De acordo com esta avaliação, indicou a realização da esterilização cirúrgica, nos termos dos incisos I e II do artigo 10 da Lei n. 14.443, de 02/09/2022, que altera a Lei nº 9.263, de 12/01/1996. A fundamentação da indicação se faz de acordo com o(os) diagnóstico(os) seguinte(s):

Diagnóstico Principal: _____ CID 10 _____

Diagnóstico Secundário: _____ CID 10 _____

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Médico Assistente – Assinatura e Carimbo

Assinatura da requerente (paciente)