
Título: (Laqueadura/Vasectomia) Requerimento para Avaliação de Esterilização Cirúrgica

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-11 - V.11

Fase: Vigente

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

1. Formulário do Ipasgo Saúde – (Laqueadura/Vasectomia) Requerimento para Avaliação de Esterilização Cirúrgica;
2. Formulário do Ipasgo Saúde – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Documento de Consentimento Pós-informado para Realização de Laqueadura Tubária ou Termo de Consentimento Informado para Realização de Procedimento Médico de Esterilização Cirúrgica por Vasectomia Bilateral;
3. Formulário do Ipasgo Saúde – Conferência Médica para Laqueadura Tubária Bilateral;
4. Fotocópia das carteiras de identidade e CPF do(a) requerente;
5. Laudo datado, com validade de até 6 (seis) meses, carimbado e assinado pelo médico psiquiatra ou psicólogo, em papel timbrado, para comprovação de sanidade mental, informando que o(a) requerente está apto(a) por decidir pelo procedimento de Esterilização Cirúrgica;
6. Última ultrassonografia obstétrica;
7. No caso da requerente ter alguma doença de base que coloque em risco a vida ou a saúde da mãe e/ou da criança – obrigatório relatório médico assinado por dois médicos (o assistente e o especialista) e exames complementares;
8. Fotocópia das certidões de nascimento dos filhos, quando o(a) requerente for menor de 21 de idade.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Sabendo que entre a manifestação de minha vontade e o procedimento cirúrgico deverá se passar ao menos 60 dias, eu, _____, inscrito(a) no Sistema Ipasgo Saúde com matrícula nº _____, venho requerer avaliação da Comissão de Esterilização Cirúrgica deste Instituto para me submeter voluntariamente ao procedimento de:

() Laqueadura tubária bilateral

() Vasectomia

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) requerente: _____