

**Título:** Conferência Médica para Laqueadura Tubária Bilateral - Anexo III

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ - CMLT - V.8

**Fase:** Vigente

Nome da paciente: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

Endereço: Rua/Av. \_\_\_\_\_ Qd. \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Momento da Cirurgia:**

fora do período gravídico puerperal

Transparto      Tempo de gestação: \_\_\_\_\_      Data prevista do parto: \_\_\_\_\_

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_, os médicos abaixo assinados, inscritos no Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, respectivamente sob os números e analisaram em conferência médica, os dados clínicos/obstétricos da paciente acima identificada. De acordo com esta avaliação, indicaram a realização da esterilização cirúrgica, nos termos do inciso II do artigo 10 da lei 9.263 de 12/01/1996. A fundamentação da indicação se faz de acordo com o(os) diagnóstico(os) seguintes:

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID 10 \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_ CID 10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente I – Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Requerente

\_\_\_\_\_  
Médico Assistente II - Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cônjuge/Companheiro(a)  
ou do Representante Legal

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.