

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 _____.