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

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-11 - V.10 **Fase**: Vigente

Eu_____,venho por meio deste, requerer avaliação da Auditoria Médica, de Psicologia e de Serviço Social deste Instituto para me submeter voluntariamente ao procedimento de esterilização cirúrgica estando de acordo com os critérios estabelecidos segundo as Legislações que tratam deste termo.

(Portaria Normativa nº007-2008/PR)
(Lei nº.9.263, de 12 de janeiro de 1996)

IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE:

Nome:_____**Matrícula**_____
Identidade:_____Órgão Emissor:_____Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
CPF:_____Naturalidade:_____Estado:_____Nacionalidade_____
Estado civil:_____Idade_____anos Profissão:_____
Filiação:_____
Endereço: Rua / Av.:_____Qd.:_____Lt.:_____ nº___ _
Bairro:_____Cidade:_____Estado:_____ CEP:_____ _____
Tel Res.:_____Celular:_____
E-mails (letra de forma legível):

IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

Nome:_____ Matrícula _____
Identidade:_____Órgão Emissor:_____ Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino
CPF:_____Naturalidade:_____Estado:_____Nacionalidade_____
Estado Civil:_____Idade_____anos Profissão:_____
Filiação:_____
Endereço: Rua / Av.:_____Qd.:_____Lt.:____nº_____
Bairro:_____Cidade:_____Estado:_____CEP:_____
Tel Res.:_____Celular:_____
E-mails (letra de forma legível):

IDENTIFICAÇÃO DOS FILHOS:

Nome: _____ Idade: _____
Nome: _____ Idade: _____
Nome: _____ Idade: _____
Nome: _____ Idade: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Laqueadura tubária bilateral ( ) No Parto ( ) Fora do período gestacional

Vasectomia bilateral ( )

Local e Data: _____, _____ de _____ de 20____.

_____
Assinatura do Requerente

_____
Assinatura do Cônjuge/Companheiro(a)