

CAPESESP

Caixa de Pecúlios, Assistência e Previdência dos Servidores da Fundação Serviços de Saúde Pública

SOLICITAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

À

CAPESESP – Divisão de Auditoria Médica

Rio de Janeiro/RJ

LAQUEADURA

Com Cesárea

Sem Cesárea

VASECTOMIA

Em atendimento a Lei Nº 9.263, de 12/01/1996, atesto que o (a) Sr (a).

_____, _____,
(nome do associado) (matrícula)

firmou, por escrito, manifestação de sua vontade livre e consciente em realizar o procedimento cirúrgico, acima assinalado.

Declaro que o (a) requerente, encontra-se apto (a) em seu pedido, livre de quaisquer dos empecilhos previstos no artigo 10, inciso II e seus parágrafos, desta mesma Lei.

Certifico, ainda, que a documentação relativa a essa comprovação ficará à disposição, a qualquer tempo, da CAPESESP ou dos órgãos fiscalizadores competentes.

_____, ____/____/____.
(Localidade) (Data)

(Médico – assinatura e carimbo)