



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL – GDF
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**ATA DE CONFERÊNCIA MÉDICA PARA LIGADURA DE TROMPAS
CONFORME LEI DO PLANEJAMENTO FAMILIAR N.º 9263/96**

Ata de Conferência Médica para prática de **ESTERILIZAÇÃO** na pessoa de _____ CPF _____

Naturalidade: _____ **Est. Civil:** _____ DN _____ (Idade: _____ anos),

Endereço: _____ Fone(s): (____) _____

Aos ____ dia(s) do mês de _____ do ano de 20____, os Médicos abaixo assinados, inscritos no Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal desta Jurisdição, analisaram em Conferência Médica, os dados clínicos da paciente acima, concordaram e indicaram a esterilização cirúrgica solicitada, após conhecimento pela mesma das demais opções anticoncepcionais reversíveis, riscos cirúrgicos, possíveis efeitos colaterais e dificuldades de reversão, pelos motivos abaixo expostos:

Lavraram, portanto, a presente Ata em 2(duas) vias.

Como expressão do Consentimento informado, consciente e livre do ato médico, a paciente supracitada e dos Médicos assistente e conferencista assinam todas as vias.

Gama/DF, ____ de _____ de 20____.

Médico Conferencista
(Carimbo e assinatura)

Médico Assistente
(carimbo e assinatura)

Assinatura da Paciente

RG: SSP _____

Obs.: Ata de laqueadura confeccionada e assinada conforme lei 14.443/2022 de 28 de abril de 2023 que extingue a exigência do cônjuge para realização da laqueadura e vasectomia.