

## ATENÇÃO:

Para a realização da vasectomia, é necessário apresentar este passaporte e os seguintes documentos:

- Original e cópia do documento de identidade;
- Para paciente com idade entre 18 e 21 anos incompletos, apresentar original e cópia da certidão de nascimento dos filhos;
- Guia de Autorização da Consulta pelo SISREG, retirada na unidade de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro disponibiliza os seguintes métodos contraceptivos, conforme a Lei do Planejamento Familiar nº 9.263, de 12/01/1996, alterada pela Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022:

- Contraceptivo oral;
- Contraceptivo injetável;
- Dispositivo Intrauterino (DIU);
- Preservativos feminino e masculino;
- Laqueadura tubária;
- Vasectomia.

Assinatura e carimbo do profissional solicitante

**1746**  
CENTRAL DE ATENDIMENTO

**Rio**  
PREFEITURA  
SAÚDE

SUS 

## PASSAPORTE DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

# VASECTOMIA

## CARTÃO PACIENTE

Este documento pertence \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Unidade de Atenção Primária: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

## ATENÇÃO:

Destacar o "Cartão Instituição" no ato da realização do procedimento e anexar ao prontuário. Em seguida, fornecer a via "Cartão Paciente" ao usuário que passará pelo procedimento.

**Rio**  
PREFEITURA

SAÚDE

SUS 

  
destacar e entregar ao usuário

## PASSAPORTE DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

# VASECTOMIA

## CARTÃO INSTITUIÇÃO

Nome completo: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Instituição responsável pelo procedimento: \_\_\_\_\_

Declaro ter recebido todas as orientações referentes à vasectomia e desejo ser submetido a este procedimento voluntariamente.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura ou impressão digital do paciente

# REGISTROS DA INSTITUIÇÃO

PROCEDIMENTO	DATA	CARIMBO/RUBRICA
Participação em atividade educativa "Planejamento Reprodutivo"		
Solicitação na plataforma SISREG		
Consulta com especialista		
Risco cirúrgico		
Procedimento cirúrgico		

## 1. Manifestação da vontade de esterilização cirúrgica – Lei do Planejamento Familiar nº 9.263, de 12/01/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022:

Eu, \_\_\_\_\_,  
 documento de identidade \_\_\_\_\_,  
 residente à \_\_\_\_\_  
 bairro \_\_\_\_\_, paciente da  
 unidade \_\_\_\_\_,  
 CNS nº \_\_\_\_\_ desejo  
 submeter-me voluntariamente ao procedimento  
 cirúrgico de esterilização por vasectomia. Estou  
 ciente de que o prazo mínimo entre esta  
 manifestação da vontade e a realização da  
 vasectomia é de 60 (sessenta) dias.

DATA	ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO PACIENTE

## 2. Planejamento reprodutivo – Certificado de Participação em Trabalho Educativo:

Em cumprimento à Lei do Planejamento Familiar nº 9.263, de 12/01/1996, alterada pela Lei nº 14.443, de 02/09/2022, e a portaria SAS/MS nº 48, certificamos que \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CNS nº \_\_\_\_\_  
 paciente da unidade \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 concluiu o trabalho educativo de Planejamento Reprodutivo em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

sendo-lhe oferecido acesso aos métodos contraceptivos disponibilizados gratuitamente pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

## Método contraceptivo de espera escolhido:

DATA	ASSINATURA E MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO TRABALHO EDUCATIVO

## 3. Confirmação da manifestação da vontade de esterilização cirúrgica:

Declaro ter sido informado sobre os riscos da esterilização cirúrgica e compreendido que:

- A vasectomia é um método contraceptivo de reversão extremamente difícil e, portanto, assumo a responsabilidade pela decisão de não ter mais filhos;
- A vasectomia é um ato cirúrgico e, como tal, envolve riscos anestésicos e de infecção no pós-operatório;
- Embora raro, existem riscos de recanalização do canal deferente, possibilitando o retorno da fertilidade e granuloma gerado no local;
- A vasectomia não protege contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive HIV/AIDS.

## Afirmo minha vontade de realizar a esterilização cirúrgica.

Assinatura ou impressão digital do paciente



SAÚDE

