

DECLARAÇÃO DE EXISTÊNCIA DE FILHOS VIVOS ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)

TITULAR () DEPENDENTE ()	
Nome completo: _____	
Carteirinha Saúde Petrobras: _____	CPF: _____
Unidade de lotação/vinculação do titular : _____	
Endereço completo: _____	
Complemento (apto, casa, bloco) _____	Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ - _____	Tel: () _____ /ou () _____
E-mail: _____	
Nº de filhos vivos: _____	
Grau de instrução: () Analfabeto () Fundamental () Médio () Superior () Pós-Graduação () Incompleto () Completo	
Estado civil atual: () Solteiro () Casado () União Estável () Separado () Divorciado () Viúvo	

Declaro, para fins de esterilização voluntária, que, conforme Art. 2º da Lei 14.443, de 2 de setembro de 2022, que altera o Art. 10 inciso I da Lei 9.263 de 1 de janeiro de 1996, possuo _____ filhos vivos, abaixo identificados:

Nome	Data do nascimento	Documento de identidade ou certidão de nascimento

Comprometo-me a manter essa informação atualizada até a data do procedimento.

Data de manifestação do desejo de realizar esterilização voluntária: ___/___/___

Data estimada da cirurgia de esterilização voluntária: ___/___/___

Lei 14.443, de 2 de setembro de 2022:

Art. 2º. A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 passa a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com **2 (dois) filhos vivos**, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.

_____ (____), _____ de _____ de 20____
 Local UF dia mês ano

 Assinatura do beneficiário

 Assinatura e matrícula do atendente

Executado no sistema informatizado por: _____

Em ___/___/___ Matrícula: _____

Observação: Todas as folhas deverão ser rubricadas pelos beneficiários envolvidos no processo, quando maiores de idade.