

**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE
INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE
ESTUPRO****COLAR ETIQUETA****Caso não utilizado etiqueta, preencher campos abaixo:**

Número Atendimento: _____

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Mãe/Responsável: _____

(Assinatura da mãe/responsável quando paciente for menor de idade)

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital Primavera, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Aracaju (SE) _____ de _____ de _____.

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura_____
Carimbo e assinatura_____
Carimbo e assinatura_____
Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____ Assinatura e Carimbo Médico Assistente

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. - Brasil : Ministério da Saúde, 2012.