

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO HUMANA
LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA**



DADOS DO PACIENTE

Nome:	
Idade:	Estado Civil:
Naturalidade:	Nacionalidade:
Identidade:	CPF:
Profissão:	
Endereço:	
Telefone:	e-mail:
Nº. filhos vivos:	
Nome e idade dos filhos	
Nome :	Idade:
Nome :	Idade:
Nome :	Idade:
Nome :	Idade:
Nome :	Idade:

Eu, _____ acima qualificado (a), vem, pelo presente Termo de Consentimento e por sua livre e espontânea vontade, solicitar ao seu médico, Dr. _____ inscrito no CRM nº. () que o(a) submeta ao procedimento cirúrgico de (_____).

Declara que, tanto o médico atendente como a OPERADORA do Plano de Saúde, atendendo ao disposto nos artigos 56 e 59 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8078/90, apresentaram todas as informações detalhadas sobre os procedimentos a serem adotados bem como eventuais intercorrências que podem ocorrer.

Declara ainda estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento cirúrgico conforme a seguir explicitado, bem como têm pleno conhecimento do inteiro teor da Lei 14.443/2022 e Resolução Normativa 465 da ANS:

1) Que as cirurgias de esterilização humana são procedimentos definitivos e irreversíveis, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou dos canais deferentes, com o objetivo de se impedir a fecundação do óvulo;

2) Que lhe foram apresentadas às várias formas de abordagem cirúrgica para a realização da laqueadura tubária, a saber: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal e pós-cesárea;

Vasectomia: operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso a condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

3) Que essas técnicas cirúrgicas exigem anestesia, a qual será avaliada pelo Serviço de Anestesiologia;

4) Que foram disponibilizadas ao outorgante informações sobre todos os outros métodos contraceptivos usualmente utilizados, tais como os Métodos de Barreira, Anticoncepção Hormonal,

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO HUMANA
LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA**



Contracepção Intra-uterina e Métodos Naturais. Na ocasião, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contra indicações e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;

5) Que um futuro arrependimento do outorgante não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do cônjuge ou de filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que nenhuma solução referente à reversão da cirurgia poderá ser oferecida neste caso;

6) Que a laqueadura tubária / vasectomia, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, não possui 100% de eficácia, estando sujeita a um percentual de insucesso de aproximadamente 0,5% (possibilidade de gravidez ou recanalização dos ductos deferentes);

7) Que a gravidez ectópica (fora do útero), embora ocorra remotamente, é uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido à laqueadura tubária;

8) Que está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à cirurgia de laqueadura tubária / vasectomia está também sujeita a sofrer complicações e idiosincrasias, intra-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos, hematomas, parada cardio-respiratória, dentre outras;

9) Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foi detalhadamente explicada por seu médico;

10) Que, como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;

11) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício da paciente;

12) Que, na eventualidade acima descrita, o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;

13) Que, estando o paciente de posse do presente termo, lhe foram concedidos 60 (sessenta) dias para avaliar sua decisão ou discutir com seu cônjuge acerca da conveniência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;

14) Que lhe foi esclarecido ser do seu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epígrafe a qualquer momento, antes da realização do procedimento cirúrgico, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos;

15) Declaro que tenho conhecimento de que a responsabilidade da operadora limita-se à cobertura dos procedimentos referidos, eximindo-a de quaisquer problemas decorrentes do insucesso da cirurgia, ou pelo não atendimento das normas legais por parte das instituições e respectivos profissionais que se disponham a realizá-los.

Consoante ao que vai acima exposto declara estar plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas e perfeitamente inteirado (a) do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de laqueadura tubária/vasectomia.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO HUMANA
LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA**



E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter à esterilização cirúrgica pelo método de laqueadura tubária/vasectomia, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Local e Data: _____

Paciente: _____

Deve ser preenchido pelo médico.

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos.

De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do médico: _____

Assinatura: _____

CRM: _____

Local e Data: _____

TERMO DE RECEBIMENTO

Declaro que recebi o presente Termo de Consentimento 60 (sessenta) dias antes da data prevista para a realização da laqueadura tubária/vasectomia.

Paciente: _____

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declarando que não desejo prosseguir com o tratamento, que dou com este por finalizado.

Local e Data: _____

Paciente: _____

DOCUMENTOS ANEXOS

- 1) Fotocópia da Carteira de Identidade
- 2) Fotocópia das Certidões de Nascimento dos Filhos
- 3) Fotocópia do Procedimento Informado em caso de vasectomia (RQU.ATD.56)

**OBS: Sem as cópias dos documentos acima não será possível analisar o processo solicitado.
Nota: O termo deve ser rubricado em todas as folhas pela paciente e pelo médico.**