



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A CIRURGIA DE
ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA)**

Pelo presente instrumento, eu _____, abaixo-assinado, nacionalidade _____, estado civil _____, nascido em ____/____/____ e com nº _____ filho(s) vivo(s), portador da RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado em (endereço completo) _____, grau de instrução _____, beneficiário do plano Abertta Saúde, de posse da minha capacidade civil plena, DECLARO que desejo submeter-me voluntariamente a cirurgia de esterilização masculina permanente – (CID Z 30.2) e em função disso procurei o médico _____, inscrito no CRM nº _____, portador do CPF _____, com consultório em (endereço completo) _____, cumprindo o disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar, que assegura todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde da pessoa, garantindo a liberdade de opção, desde que ocorra mediante avaliação e acompanhamento clínico, com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Face ao disposto acima, **DECLARO**:

(a) Métodos contraceptivos reversíveis utilizados anteriormente: LAM DIU Hormônio injetável Espermicida Diafragma Preservativo Ogimo-knaus Billings Temp. basal Hormônio oral Sintotérmico.

(b) Estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sob influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente.

(c) Estar ciente que a intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir uma nova gravidez.

(d) Estar ciente que para a finalidade de reversão da cirurgia esterilizadora feminina (laqueadura tubária), não há cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

(e) Saber que a cirurgia de esterilização feminina (laqueadura tubária), necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da cirurgia. Que em toda intervenção existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente. Que caso no momento do ato cirúrgico surja algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

(f) Estar ciente que existem outros métodos de contracepção que são reversíveis como os métodos de barreira, hormonais, intra-uterinos e naturais. E que embora a laqueadura tubária seja o método mais para o planejamento familiar existe uma porcentagem de falha de 0,5% segundo o Ministério da Saúde.

(g) Que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para reduzir o risco das complicações para essa cirurgia, que podem se manifestar como:

- Intra-operatórias (durante a cirurgia) - hemorragias, lesões de órgãos interno, queimaduras por bisturi elétrico;



ArcelorMittal

- Pós-operatórias - seromas, hematomas (acúmulo na parede abdominal de líquido ou sangue), hemorragias (sangramento interno), cistites (infecção de bexiga), anemia e outras infecções;
- Graves e excepcionais – eventrações (exteriorização de vísceras abdominais), apnéia (parada respiratória), trombose, pelviperitonites (infecção grave da cavidade abdominal), hemorragias.
- Estou ciente que qualquer um desses eventos listados acima deve ser imediatamente informado ao médico para as devidas providências.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações e orientações prestadas pelo médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram esclarecidas nesta consulta.

Assim sendo, declaro que compreendo o alcance e os riscos da cirurgia esterilizadora, por tal razão, para a realização do procedimento acima descrito, reservando-me o direito de revogar esse consentimento a qualquer momento antes que o procedimento médico, objeto deste termo, se realize.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do beneficiário

Assinatura/Carimbo do Médico Assistente

Testemunha 1

Testemunha 2

REVOGAÇÃO – Revogo o consentimento prestado em ____/____/____, desistindo de prosseguir o tratamento, dando por finalizado o mesmo.

Assinatura do beneficiário