



**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA
TUBÁRIA E VASECTOMIA**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Endereço:

Número:	Complemento :	Bairro:	CEP:
Município:	UF:	Data Nascimento: ____/____/____	
CPF	RG:	Estado Civil:	
Data Último parto ou aborto: ____/____/____		Numero Parto Normal:	Número Cesáreas:
Número Filhos vivos:	Idade Filhos vivos:		

IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO

Nome:

CPF	RG:	Data Nascimento: ____/____/____
-----	-----	---------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome:

Estado Civil:	RG:	CPF:	Grau de Parentesco :
---------------	-----	------	----------------------

Número do Processo Judicial que autoriza a realização da cirurgia:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome:

CRM:	Especialidade Médica: () Ginecologista () Urologista
------	--

DIRETRIZES PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA

Declaro, para os devidos fins, que o(a) Dr.(a), livremente procurado(a) por mim, com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica—laqueadura tubária/vasectomia— dentro das diretrizes a seguir, conforme Resolução Normativa nº 167/2008 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o que preceitua a lei nº 14.443/2022 "Lei do Planejamento Familiar " e a Portaria nº 48/1999 do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, esclareceu-me que:

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;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º. É condição para que se realize a esterilização, o **registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado após a informação** a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º. A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

§ 3º. **Não será considerada a manifestação de vontade**, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 6º. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial regulamentada na forma da Lei.

Art. 12. **E vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo a prática da esterilização cirúrgica.**

Art. 15 – **Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no artigo 10, esta sujeito à pena e reclusão de dois a oito anos e multa, se a prática não constitui crime mais grave:**

- I- Durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.
- II- Com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- III- Através de histerectomia ou coferectomia.
- IV- Em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial.
- V- Através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.

A cirurgia de esterilização a ser consiste basicamente na interrupção da continuidade das TROMPAS DE FALÓPIO (na mulher) / dos CORDÕES ESPERMÁTICOS (no homem), com o objetivo de evitar a gravidez.

- O procedimento que necessitar de anestesia diferente da anestesia local será acompanhado por anestesistas.
- O método de esterilização não é totalmente eficaz, visto existir um percentual de falha. Assim, há risco de engravidar novamente.
- **O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar não prevê cobertura para a realização da**

Reversão cirúrgica

- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato cirúrgico e das condições clínicas de cada paciente.

- As complicações que poderão surgir:

- a) Intra-operatórias: hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, etc.
- b) Pós operatórias:
 - i. Leves e mais frequentes (seromas, hematomas, edemas, hemorragias, cistites, orquites
 - ii. Graves e excepcionais (eventração, apneia, trombone, perfuração de órgãos, etc)

- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis

- a) Métodos de barreira
- b) Anticoncepção hormonal
- c) Contracepção intra-uterina (DIU)
- d) Métodos naturais

() Declaro que entendi as explicações que me foram prestadas pelo(a) médico(a) em linguagem clara e simples, esclarecendo todas as dúvidas que me ocorreram. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento cirúrgico seja realizado.

Por tal razão e nestas condições CONSINTO que se realize a ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA, nas condições indicadas.

_____/_____/_____ Horas: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

- 1 Cópia do documento de Identidade
- 1 Cópia da Certidão de Nascimento
- 1 Cópia da Certidão de Casamento (se casado)
- 1 Cópia da Certidão de Nascimento de cada filho
- 1 Cópia do Documento de Identidade do cônjuge ou companheiro

*** Um conjunto de cópias de cada documento ficará com o médico, anexado ao presente Termo. Os outros dois deverão ser enviados junto a duas cópias do Termo de Responsabilidade e com a Guia de Solicitação de Internação ou Guia de Serviço Profissional SP/SADT para a FUNDAÇÃO COPEL.**

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de ____/____/____ e informo que não desejo prosseguir o procedimento, que dou como finalizado.

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

*** Todos os campos devem estar preenchidos.**

**** Preencher o Termo em três vias, sendo uma para o médico, uma para a FUNDAÇÃO COPEL e outra para o Hospital.**

ANS - nº 355151