

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERELIZAÇÃO VOLUNTÁRIA – VASECTOMIA – SOLTEIRO, VIÚVO E DIVORCIADO

Nome Completo do Beneficiário: _____

Identidade (nº e órgão expedidor): _____

Matrícula na UNIMED nº: _____

Estado Civil: () Solteiro

 () Viúvo

 () Divorciado

DECLARO, através desta manifestação e para os devidos fins, estando comprometido com a verdade, que **fui orientado de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e as consequências que decorrem da realização do procedimento cirúrgico de vasectomia (ligadura do canal deferente)**, estando ciente dos requisitos médicos e legais para a sua realização.

DECLARO, também, que **não tenho nenhum impedimento legal para a realização do procedimento de vasectomia, e que estou em pleno gozo de minha capacidade civil e mental.**

DECLARO, igualmente também, ter plena **ciência que a vasectomia somente é permitida para os homens que possuam os seguintes requisitos autorizadores: ser maior de 25 (vinte e cinco anos de idade) ou possuir, no mínimo, 02 (dois) filhos vivos.**

DECLARO, igualmente também, estar **ciente dos requisitos autorizadores acima**, e ainda, que os possuo, **estando eu, ora Beneficiário, preenchendo as condições que autorizam a realização da vasectomia.**

DECLARO, igualmente também, **que assumo, por meio deste instrumento, a responsabilidade pela decisão de não ter mais filhos, estando ciente de que o sucesso da reversão da vasectomia, muito embora possível, está condicionado ao tempo de interrupção do ducto deferente, e que a Unimed-Campos não cobrirá, em nenhuma hipótese, a cirurgia para essa recanalização.**

DECLARO, igualmente também, que **fui orientado sobre a técnica cirúrgica** que envolve a vasectomia, estando **ciente de que a cirurgia é feita sob anestesia local**, podendo-se utilizar **outras formas de anestesia, caso a condição clínica do Beneficiário assim o requeira.**

DECLARO, igualmente também, estar **ciente das complicações inerentes ao procedimento cirúrgico de vasectomia que, embora raras, podem ocorrer**, como por exemplo: as **complicações anestésicas, hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção e eventualmente outras complicações aqui não mencionadas.**

DECLARO, igualmente também, ter plena **ciência de que pode ocorrer a recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro, voltando a ser ejaculados, podendo o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez, e que essa chance é de 1 (um) em cada 2.000 (dois mil) procedimentos**, motivo pelo qual **eximimos a Unimed-Campos de qualquer responsabilidade caso isso aconteça.**

DECLARO, mais, ter sido informado que **o método não interfere na função nem causa impotência sexual ou disfunção erétil e que não se conhece, até o momento, nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.**

DECLARO, mais, estar **ciente que só poderei retomar a atividade sexual, sem a utilização de qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no sêmen ejaculado (azoospermia).** O que ocorre, em geral, **após uma média de 25 ejaculações**, que é o mínimo necessário para “esvaziar” o canal que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.

DECLARO, mais, ter pleno entendimento que **a presente manifestação de vontade para a cirurgia de vasectomia não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento**, portanto, absolvo, libero, protejo e **isento a Unimed-Campos de todos os casos de recanalização do canal deferente.**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERELIZAÇÃO VOLUNTÁRIA – VASECTOMIA – SOLTEIRO, VIÚVO E DIVORCIADO

DECLARO, mais, que fui orientado pelo médico assistente sobre a existência de outros métodos para controle da natalidade, com as vantagens e desvantagens de cada um e, mesmo assim, optei pela realização do procedimento cirúrgico de vasectomia.

DECLARO, por fim, estar ciente que o prazo mínimo entre esta Declaração de Manifestação de Vontade e a liberação do procedimento de vasectomia é de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega de todos dos seguintes documentos necessários junto à Unimed-Campos:

- a) A presente Declaração de Manifestação de Vontade devidamente assinada pelo beneficiário;
- b) Cópia da identidade do beneficiário;
- c) Cópia da certidão de casamento devidamente averbada com o divórcio;
- d) Cópia da certidão de nascimento dos filhos, caso o beneficiário apresente menos de 25 (vinte e cinco) anos de idade;

Assim, estando todas essas explicações plenamente entendidas, tendo sido esclarecidas todas as dúvidas, DECLARO estar satisfeito com essas informações e que compreendi o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento cirúrgico de vasectomia por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias à realização deste procedimento.

(Assinatura do usuário ou responsável, com firma reconhecida em cartório)

Declaração do (a) Médico (a) Assistente:

O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações, foi por mim esclarecido ao paciente, ou seu (sua) responsável, antes que este Termo de Consentimento Informado fosse assinado por ele.

(Assinatura e carimbo do médico)

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de _____.