

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERELIZAÇÃO VOLUNTÁRIA – VASECTOMIA - CASADO E UNIÃO ESTÁVEL

Nome Completo do Beneficiário: _____

Identidade (nº e órgão expedidor): _____

Matrícula na UNIMED nº: _____

Estado Civil: () Casado

 () União Estável

Nome da Esposa/Companheira: _____

Identidade (nº e órgão expedidor): _____

DECLARAMOS, através desta manifestação e para os devidos fins, estando comprometidos com a verdade, que eu e a minha esposa/companheira, acima identificados e adiante assinados, **fomos orientados 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 cientes dos requisitos médicos e legais para a sua realização.

DECLARAMOS, também, que **não temos nenhum impedimento legal para a realização do procedimento de vasectomia, e que estamos em pleno gozo das nossas capacidades civil e mental.**

DECLARAMOS, 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.**

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

DECLARAMOS, igualmente também, **que assumimos, por meio deste instrumento, a responsabilidade pela decisão de não termos mais filhos, estando cientes 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.**

DECLARAMOS, igualmente também, que **fomos orientados sobre a técnica cirúrgica** que envolve a vasectomia, estando cientes 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.

DECLARAMOS, igualmente também, estar cientes 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.

DECLARAMOS, 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.

DECLARAMOS, mais, ter sido informados 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.

DECLARAMOS, mais, estar cientes que **só poderemos 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.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA DE ESTERELIZAÇÃO VOLUNTÁRIA – VASECTOMIA - CASADO E UNIÃO ESTÁVEL

DECLARAMOS, 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, absolvemos, liberamos, protegemos e isentamos a Unimed-Campos de todos os casos de recanalização do canal deferente.

DECLARAMOS, mais, que **fomos orientados pelo médico assistente sobre a existência de outros métodos para controle da natalidade, com as vantagens e desvantagens de cada um e, mesmo assim, optamos pela realização do procedimento cirúrgico de vasectomia.**

DECLARAMOS, por fim, estar **cientes 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 e pela esposa/companheira;
- b) Cópia da identidade do beneficiário e da esposa/companheira;
- c) Cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável e, caso o beneficiário não seja casado ou não tenha companheira, declaração do estado civil assinada por ele próprio;
- 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 nossas dúvidas, DECLARAMOS estarmos satisfeitos com essas informações e que compreendemos o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento cirúrgico de vasectomia por nós solicitados, concordando com as condutas médicas necessárias à realização deste procedimento.

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

(Assinatura do cônjuge, 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 ____.