

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE
LAQUEADURA TUBÁRIA.



PACIENTE

Nome: _____
Idade: _____
Endereço: _____
Tel.: () _____
Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Emissão: _____
CPF: _____

DECLARO

Que o Doutor

Nome: _____
CRM nº: _____
Instituição: _____

Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de : _____
em minha pessoa, é conveniente e indicado proceder **INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA.**

Assim sendo, e após ter lido ou escutado a leitura desse documento, ainda me foi esclarecido que:

1. A intervenção de laqueadura tubária consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DAS TROMPAS DE FALÓPIO**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez.
2. Declaro que tenho ciência, da existência e disponibilidade, de todos os métodos de contracepção (meios de evitar filhos), seus efeitos colaterais, assim com a margem de falha de cada um deles.
3. Esta técnica necessita anestesia, que será avaliada pelo Serviço de Anestesia.
4. Embora, o método de laqueadura tubária é o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha na ordem de 0,3% a 0,5%, e que a cirurgia de reversão não é garantida e nem fornecida de modo rotineiro.
5. Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
6. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por tais razões e nestas condições, **CONSINTO** que realize a **INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA** proposta.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Recebi, nesta data, cópia da Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e da outras providências.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ .

Paciente

Cônjuge (ou companheiro)

Assinatura médica e carimbo.

DECLARAÇÃO 1

Pelo presente instrumento, eu _____
abaixo-assinado, estado civil _____, nascida em ____/____/____, portadora do
RG nº _____ e CPF nº _____, com endereço na
Cidade _____ /MG., _____ na Rua/Av.
_____, nº _____, beneficiária
do plano de Saúde da UNIMED Divinópolis, de posse da minha capacidade civil plena,
DECLARO que desejo submeter-me voluntariamente a uma cirurgia de **LAQUEADURA**
TUBÁRIA e em função disso procurei o médico
_____, inscrito no CRM-
MG nº _____, portador do CPF nº _____, cumprindo o
disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar.

Face ao disposto acima, **DECLARO**, ainda, que sou casada ou vivo em regime de relação
conjugal _____ estável(sociedade _____ conjugal) _____ com
_____ (qualificação
completa) e estamos cientes de que somente poderei realizar o ato cirúrgico após 60 (sessenta)
dias da data desta manifestação, conforme dispõe a mesma lei, e que durante esse período
buscarei mais informações e outros métodos alternativos e avaliarei melhor a minha decisão.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ .

Assinatura da beneficiária

De acordo (Assinatura do cônjuge ou companheiro)

Firma reconhecida

DECLARAÇÃO 2



Pelo presente instrumento, eu _____
abaixo-assinado, estado civil _____, nascido em ____/____/____, portador do
RG nº _____ e CPF nº _____, com endereço na
Cidade _____ /MG., _____ na Rua/Av.
_____, nº _____, sou casado
ou vivo em regime de relação conjugal estável(sociedade conjugal) com
_____ (qualificação completa),

DECLARO que tenho ciência do desejo manifestado por minha esposa/companheira em
submeter-se voluntariamente a cirurgia de **LAQUEADURA TUBÁRIA**, e para isso dou o meu
consentimento.

DECLARO, também, que estou ciente de que a reversão desse procedimento é de elevado grau
de dificuldade.

Divinópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do cônjuge ou companheiro

Procedimentos Contraceptivos Irreversíveis
LEI Nº9263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 – Do Planejamento Familiar



DECLARO, que me foi informado pela Unimed Divinópolis, sobre os métodos contraceptivos irreversíveis e estou ciente que:

1 – Somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou, que tenha pelo menos 02 (dois) filhos vivos, observando o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

2 – É condição para que se realize a esterilização a expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após todas as informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

3 – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

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

5 – É importante informar que não será considerada a manifestação de vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

6 – Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

7 – A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ .

Beneficiária

Cônjuge ou companheiro

Procedimentos Contraceptivos Irreversíveis
LEI Nº9263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996 – Do Planejamento Familiar



DECLARO, que me foi informado pela Unimed Divinópolis, sobre os métodos contraceptivos irreversíveis e estou ciente que:

1 – Somente é permitida a esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena, maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou, que tenha pelo menos 02 (dois) filhos vivos, observando o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

2 – É condição para que se realize a esterilização a expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após todas as informações sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

3 – É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

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

5 – É importante informar que não será considerada a manifestação de vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

6 – Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

7 – A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Divinópolis, _____ de _____ de _____ .

Beneficiária

Cônjuge ou companheiro