



MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA LAQUEADURA TUBÁRIA

Dr. Gumericino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed 
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

Nome da Beneficiária: _____

Identidade: _____ Cartão Unimed: _____

Eu, acima identificada, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas da lei, que fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações, consequências e riscos da realização do procedimento cirúrgico denominado **laqueadura tubária**, bem como estou ciente dos requisitos médicos e legais para sua realização.

DECLARO que não tenho nenhum impedimento legal para a realização do procedimento acima identificado e que possuo capacidade civil plena.

DECLARO estar ciente que a intervenção de **laqueadura tubária** consiste basicamente na interrupção da continuidade das **trompas de Falópio**, com o objetivo de impedir uma nova gravidez. Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal ou pós-cesárea. Esta técnica necessita, obrigatoriamente, da participação de anesthesiologista.

DECLARO ter plena ciência que a **laqueadura tubária** somente é permitida para as mulheres nas seguintes situações:

- Maior de 21 (vinte e um) anos de idade, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta dias) entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, para os devidos aconselhamentos e informações;
- Menor de 21 (vinte e um) anos de idade, desde que possua, no mínimo, 02 (dois) filhos vivos e seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta dias) entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, para os devidos aconselhamentos e informações;
- Durante o período do parto, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.
- Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro bebê, o que deve ser testemunhado em relatório escrito assinado por dois médicos assistentes;

DECLARO que possuo os requisitos acima e que estou plenamente habilitada para a realização da esterilização cirúrgica.

DECLARO ter ciência de que a realização de **laqueadura tubária** é vedada nos seguintes casos:

- Quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;
- Em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA LAQUEADURA TUBÁRIA

Dr. Gumericino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed 
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

DECLARO que assumo, por meio desse instrumento, a responsabilidade pela decisão de não ter mais filhos e tenho plena ciência que a esterilização cirúrgica por meio da laqueadura tubária é um método de difícil reversão e que a Unimed Costa do Sol não cobrirá, **em nenhuma hipótese**, a cirurgia para recanalização das trompas.

DECLARO estar ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, como as complicações anestésicas, reações alérgicas à medicação, hemorragias, infecções e abertura da ferida operatória, parada cardiorrespiratória, lesão de órgãos vizinhos, seromas, eventração, trombozes, hematomas e outras inúmeras complicações raras ou ainda aquelas que não foram arroladas aqui. Se, no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

Tenho conhecimento que, apesar de a laqueadura ser um método de esterilização considerado permanente, **existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea das trompas, com subsequente gravidez.**

DECLARO ter pleno entendimento que a presente manifestação de vontade ou autorização para a cirurgia de **laqueadura tubária** não é um contrato ou garantia de sucesso no procedimento, portanto, absolvo, libero, protejo e isento a Unimed Costa do Sol de todos os casos de recanalização espontânea das trompas, e eventual ocorrência de nova gravidez.

DECLARO também que fui orientada pelo médico assistente sobre a existência de outros métodos para controle de natalidade com as vantagens e desvantagens de cada um e, mesmo assim, opto pela realização do procedimento cirúrgico de **laqueadura tubária**.

DECLARO estar ciente que o prazo mínimo entre esta manifestação de vontade e o ato cirúrgico de laqueadura tubária é de 60 (sessenta) dias.

Documentos a serem anexados:

- A presente Manifestação de Vontade devidamente assinada pela beneficiária com firma reconhecida em cartório;
- Cópia da identidade da beneficiária;
- Cópia da certidão de nascimento de, pelo menos, dois filhos; caso a beneficiária apresente menos de 21 (vinte e um) anos de idade;
- Relatório escrito e assinado por 2 (dois) médicos, naqueles casos em que a ligadura tubária for indicada em razão da existência de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro bebê na ocorrência de uma gravidez.



MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA LAQUEADURA TUBÁRIA

Dr. Gumericino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed 
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, após esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de **laqueadura tubária** solicitado, concordando com as condutas necessárias à realização desse procedimento.

Macaé, ____ de _____ de _____

Assinatura da beneficiária