**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (**VASECTOMIA / LAQUEADURA)**

|  |
| --- |
| **Identificação da(a) Beneficiária(a)** |
| Nome:      |
| Endereço:       | Nº:      |
| Bairro:       | Cidade/UF:      | Cep:      |
| Tel.:       | E-mail:      |
| CPF:      | RG:      | Cód. cartão: 0112 -       |
| Estado civil: [ ]  Solteiro(a) [ ]  Casada(a) [ ]  Separado(a)/divorciado(a) [ ]  Viúvo(a) - Observação:       |
| Data último parto ou aborto:      /     /      | Número de partos normais:       | Número de partos cesáreos:       |
| Número de filhos vivos:       | Idade dos filhos vivos:       |
| **Identificação do(a) Conjugue/Companheiro(a)** |
| Nome:       |
| CPF:       | RG:      | Data de nasc.:      /     /      |
| **Identificação do(a) Responsável (se necessário)** |
| Nome:       |
| CPF:       | RG:       |
| Grau de parentesco: [ ]  Mãe [ ]  Pai Outro:       |
| Nº do processo judicial que autoriza a realização da cirurgia:       |
| **Identificação do(a) Médico(a)** |
| Nome:       |
| CRM:       | Especialidade: [ ]  Urologista [ ]  Ginecologista |

**Diretrizes para Realização da Cirurgia**

Declaro, para os devidos fins, que o(a) doutor(a) acima citado, livremente procurado(a) por mim, com a finalidade de realizar esterilização **cirúrgica –** **[ ]  laqueadura /** **[ ]  vasectomia** – dentro das diretrizes a seguir, conforme Resolução Normativa vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o que preceitua a lei nº 9.263/1996 (Lei do Planejamento Familiar) com as alterações introduzidas pela Lei nº. 14.443/2022 e a Portaria nº 48/1999 do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, esclareceu-me que:

**CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/ LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA).**

1. Cobertura obrigatória em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

**Grupo I**

a. mulheres com capacidade civil plena;

b. maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;

c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

**Grupo II**

a. durante os períodos de parto ou aborto, quando não observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;

b. através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;

c. 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;

d. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

**CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)**

A esterilização masculina por método cirúrgico é um conjunto de ações complexas das quais o ato médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia (Cirurgia para esterilização masculina) tem cobertura obrigatória quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II:

**Grupo I**

a. homens com capacidade civil plena;

b. maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;

c. seja observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

d. seja apresentado documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;

e. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão.

**Grupo II**

a. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (vasectomia) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

b. em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei. A cirurgia de esterilização a ser realizada, consiste basicamente na interrupção da continuidade das trompas de Falópio (na mulher) e dos Cordões Espermáticos (no homem), com o objetivo de evitar a gravidez.

**ANTES DA CIRURGIA, FOI-ME INFORMADO QUE**:

* **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas (mulheres)/canais deferentes (homens), não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde celebrado entre as partes, uma vez que está expressamente excluído do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente;**
* Que as cirurgias de esterilização humana são procedimentos definitivos e irreversíveis; consistindo basicamente na interrupção da continuidade das tubas uterinas ou dos canais deferentes, com o objetivo de se impedir a fecundação do óvulo;
* Que lhe foram apresentadas as diversas formas de abordagem cirúrgica e esclarecido que em qualquer cirurgia escolhida há a necessidade de anestesia e que o tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo profissional anestesiologista integrante da equipe médica que realizará o procedimento.
* Que foram disponibilizadas à(o) outorgante informações sobre todos os outros métodos contraceptivos usualmente utilizados. Na oportunidade, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contraindicações e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;
* Que a(o) outorgante foi alertada(o) para a possibilidade de arrependimento futuro e que nenhuma solução referente à reversão da cirurgia poderá ser oferecida neste caso;
* Que a laqueadura tubária e a vasectomia, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, não possui 100% de eficiência, estando sujeita a um percentual de insucesso (possibilidade de gravidez ou recanalização dos ductos deferentes);
* Que a gravidez ectópica (fora do útero), embora de ocorrência remota, é possível;
* Que cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foi detalhadamente explicada por seu médico;
* Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe medica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício da paciente;
* Que, estando a(o) paciente de posse do presente termo, lhe foram concedidos 60(sessenta) dias para verificar a conveniência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;
* Que lhe foi esclarecido ser do seu livre arbítrio a decisão a ser tomada, bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epigrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação.

**[ ]  Declaro assim que entendi as explicações que me foram prestadas pelo(a) médico 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 a manifestação que agora presto, antes que o procedimento cirúrgico seja realizado.**

**Por tal razão e nestas condições CONSINTO que se realize a ESTERELIZAÇÃO CIRÚRGICO, nas condições indicadas.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Hora: \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura beneficiário(a) ou responsável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do(a) médico(a)

|  |
| --- |
| **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ANEXADA A ESTE TERMO ASSINADO**1. Termo de consentimento assinada pelo beneficiário (e autenticada em cartório);
2. Cópia de certidão de casamento (caso seja casados no civil) ou declaração de união estável, caso sejam companheiros (autenticada em cartório);
3. Cópia de certidão de nascimento dos filhos;
4. Guia de solicitação TISS (pedido médico);
5. Protocolo de avaliação psicológica (somente para a vasectomia).

**Observações: Conforme declaração da ANS, a autorização dar-se á sessenta (60) dias contados da data da autenticação do cartório deste termo de consentimento.**  |