

FOP 027.01 - TERMO DE CONSENTIMENTO DE CIRURGIA ESTERILIZADORA FEMININA - LAQUEADURA
INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (TITULAR)

Nome (completo e sem abreviação):			CIB:
CPF:	Data de Nascimento: / /	Telefone Com./Res.: ()	Telefone Celular: ()
Endereço:		Estado Civil:	CEP:
E-mail:			

INFORMAÇÕES DO BENEFICIÁRIO (DEPENDENTE)

Nome (completo e sem abreviação):			CIB:
CPF:	Data de Nascimento: / /	Telefone Com./Res.: ()	Telefone Celular: ()
Endereço:		Estado Civil:	CEP:
E-mail:			

Informações Importantes:

Este FOP registra a orientação dada a paciente (Beneficiária/segurada) pelo médico assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização conjugal (laqueadura) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrentes do ato médico em questão, bem como de seu caráter irreversível. Todo o conteúdo previsto na Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 e na Portaria MS/SAS Nº 048 de 11 de fevereiro de 1999, foram garantidos pelo médico assistente.

DECLARAÇÃO DA PACIENTE

Eu, abaixo assinado, procurei por minha livre e espontânea vontade o Dr. (a) _____ para ser submetida em / / a uma operação de esterilização permanente, também conhecida como LAQUEADURA. Atesto que, me foi informado que:

- A Laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozoide.
- Nela, as trompas são cortadas e suas extremidades amarradas de tal forma que a passagem dos espermatozoides fica bloqueada na sua porção mais distal e a do óvulo bloqueada na porção mais proximal. Para a cirurgia, realiza-se uma abertura da cavidade abdominal, diretamente (céu aberto) ou por laparoscopia (vídeo).
- Apesar da Laqueadura ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de ocorrer recanalização espontânea (natural) das trompas, com subsequente gravidez.
- Apesar da possibilidade de reversão da Laqueadura, a recanalização das trompas **não possui cobertura** nesta operadora de plano de saúde, bem como a reversão não garante integralmente o sucesso em readquirir fertilidade para posterior gravidez.
- Conforme previsto em LEI FEDERAL Nº 9263 DE 12/01/1996, sou maior de vinte e cinco (25) anos de idade ou tenho, pelo menos, dois filhos vivos, comprovados com as cópias das certidões de nascimento em anexo.
- Declaro ainda que minha decisão de procurar o médico assistente acima citado ocorreu há mais de 60 (sessenta) dias e que na ocasião ele me recomendou que procurasse serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar.
- Declaro ainda que fui informada a respeito de métodos alternativos para não ocasionar gravidez e que não tenho mais quaisquer dúvidas e/ou questões estando, todas esclarecidas pelo meu médico assistente, com linguagem clara, e que compreendi perfeitamente.

Diante do exposto, eu _____, RG: _____, idade _____ anos, e meu cônjuge(*) – abaixo citado(a) estamos ciente de todos os esclarecimentos que me foram fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetida à Laqueadura, por minha livre e espontânea vontade.

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória, sobre a Laqueadura, a opção pelo procedimento é de minha total responsabilidade. A presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da esterilização permanente pelo procedimento de Laqueadura.

(*) caso houver cônjuge.

ASSINATURA_____, ____/____/____.
Local e Data_____
Assinatura da Beneficiária_____
Assinatura do Cônjuge

Obs.: Obrigatório reconhecimento de firma por autenticidade da Beneficiária e de seu cônjuge

Nome do Cônjuge:**RG:****CPF:****Data de Nascimento:** / /**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE**

Declaro que a paciente, a seguir identificada, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei nº 9.263 de 12/01/1996. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

_____, ____/____/____.
Local e Data_____
Assinatura e carimbo do Médico assistente