

**ANEXO I**

**DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBRIGATORIAMENTE  
NECESSÁRIO PARA CIRURGIA DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL**

*Del. CIB PR nº 047/2023 - Fluxo para realização de Esterilização Cirúrgica (Laqueadura e Vasectomia)*

**DECLARAÇÃO DO USUÁRIO**

Fundamentação legal – Lei n. 9.263 de 12/01/96; Portaria nº48 de 11/02/99 e Lei nº14.443 de 02/09/22

Eu, \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, Portadora do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente: \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado do Paraná. Desejo fazer cirurgia de LAQUEADURA TUBÁRIA.

**DECLARO** para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da **Lei n. 9.263/96 e Lei nº 14.443/22**, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue:

- 1– Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
- 2– Sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade e/ou tenho pelo menos dois filhos vivos.
- 3– Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações.
- 4– Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, irreversibilidade do método e opções de contraceptivos reversíveis existentes.
- 5– Estou ciente do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências.
- 6– Estou ciente de que não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

**ESCLARECIMENTO MÉDICO:**

Declaro que o Dr. \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_, informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL. Esclareceu-me 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- Para realização da técnica existem várias formas de abordagem cirúrgica:
  - a) Laparoscópica;

- b) Minilaparotomia;  
c) Vaginal;  
d) Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea).

3- Esta técnica necessita de anestesia.

4- Sua eficácia é de 99 a 99,8% com índice de Pearl de 0,5 ou menos de falhas por 100 mulheres por ano.

5- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.

6- As complicações que poderão surgir são:

- a) Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico.  
b) Pós-operatórias:
- Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia, etc).
  - Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombose, hematomas, pelviperitonites, sépsis, hemorragias), perfurações de órgãos.

7- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variara técnica cirúrgica programada.

8- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

- Método de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma, etc);
- Anticoncepção hormonal (pílula, injetáveis, implantes);
- Contracepção intra-uterina (DIUs);
- Métodos naturais (tabelinha – Método Billings).

**DECLARO** que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeita com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **INTERVENÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA PROPOSTA**.

Local, data:

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico

**Observação:** Preenchimento completo deste termo em **três vias**, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.