|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE** | | | | | |
| Nome | | | | | Data de nascimento |
| RG | CPF | | | | Estado civil |
| Endereço | | | | | |
| Cidade | | | Estado | | CEP |
| Número de filhos vivos | | Idade dos filhos vivos | | | |
| Data da manifestação da vontade do procedimento | | | | Data provável da cirurgia | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE** | | | | |
| Nome | | | | Data de nascimento |
| RG | CPF |
|  | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO (A) MÉDICO (A)** | | | | |
| Nome | | | CRM | |
| Especialidade | | | | |

|  |
| --- |
| **CONSENTIMENTO** |

Eu, abaixo assinado, na qualidade de – (     ) beneficiário/paciente – (     ) representante legal do beneficiário/paciente, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, manifesto, pelo presente termo, meu desejo de ser submetido à esterilização cirúrgica (vasectomia), o que faço por minha livre e espontânea vontade, sem nenhum vicio ou coação. **Também sei que entre a manifestação de minha vontade, por meio deste documento, e o procedimento cirúrgico deverão se passar, ao menos 60 (sessenta) dias, conforme Resolução Normativa vigente da ANS e Lei Federal nº 9.263/96.**

**DECLARO, ainda,** ter sido informado, antes do procedimento cirúrgico, de que:

1. A intervenção de vasectomia consiste na interrupção da continuidade dos DUCTOS DEFERENTES, com objetivo de impedir minha capacidade de fertilização, sendo-me devidamente explicada a técnica de sua realização;
2. Existem outros métodos de contracepção que são reversíveis, tais como preservativo, anticoncepção hormonal, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira.
3. Embora o método de esterilização seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade NÃO é 100% (cem por cento), existindo uma percentagem de falha de 0,5% (zero virgula cinco), na dependência de condições pessoais de cada organismo;
4. Em toda intervenção cirúrgica, existe um risco potencial de morbidade e mortalidade, derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
5. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
6. Poderão ocorrer complicações, tais como:

I. Intra-operatorio: hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, etc.;

II. Pós-operatório: seromas, tromboses, infecção, choque, etc.;

1. A reversão dessa cirurgia, a vaso-vasostomia, como é chamada a reversão da vasectomia, consiste na anastomose dos ductos deferentes ou do deferente com epidídimo, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente.

DECLARO, por fim, que entendi todas as explicações prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci, à oportunidade, todas as dúvidas que me ocorreram, estando, portanto, satisfeito com as informações recebidas, tendo compreendido o alcance e riscos do tratamento.

Estou ciente de que, em qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde.

1. **Observação:** *O procedimento completo deste termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário da paciente, outra entregue a ele ou responsável legal, e a terceira, à Unimed Goiânia. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia do documento.*

Nesses termos, DECLARO estar satisfeito (a) com as informações recebidas a ter compreendido o alcance e riscos do tratamento ao qual o paciente será submetido (a), ciente das condições acima indicadas, CONSENTINDO com a realização da VASECTOMIA.

Local e data:

MÉDICO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

|  |  |
| --- | --- |
| **TESTEMUNHAS** | |
| NOME:  RG: | NOME:  RG: |
| Cópias anexas | |
| Certidão de Identidade;  Certidão de Nascimento dos filhos. | |
| **DESISTÊNCIA DO CONSENTIMENTO** | |
| Declaro, EXPRESSAMENTE, que DESISTO DO CONSENTIMENTO assinado prestado na data de      /      /      e **NÃO DESEJO PROSSEGUIR COM O PROCEDIMENTO**, que dou com esta por finalizada.  Local e data:  MÉDICO PACIENTE OU REPRESENTANTE LEGAL | |