

Eu, _____, beneficiário do Plano da Fundação Libertas sob a matrícula N.º _____, Plano _____, residente e domiciliada no Endereço _____

Bairro _____ Cidade/UF _____ CEP _____, declaro ser de minha livre e espontânea vontade a realização do ato cirúrgico de esterilização chamado LAQUEADURA TUBÁRIA, a ser realizado pelo(a) Dr. (a) _____, CRM nº _____, nos termos da Resolução Normativa Nº 576 da ANS, vigente desde 21/03/2023, e da Lei Nº 14.443/2022, do conteúdo dos quais declaro estar ciente e também dos seguintes fatos, quando da minha opção:

Fui informada que a Laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina que consiste no fechamento das tubas uterinas seccionando as trompas e amarrando suas extremidades de tal forma que o encontro dos espermatozoides com o óvulo fica bloqueado;

- 1.A opção pelo procedimento é expressão da minha liberdade, nos termos da Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022 e declaro estar ciente do conteúdo da referida lei;
- 2.Sou civilmente capaz e tenho mais de 21 anos de idade, ou, pelo menos, 02 filhos vivos;
- 3.Posso optar por realizar a cirurgia esterilizadora durante o parto, observado o item 8;
- 4.Tenho a consciência de que o procedimento de esterilização tem por objetivo abolir a minha capacidade reprodutiva, ou seja, impossibilitar que eu possa ter mais filhos;
- 5.Tenho conhecimento de que o método de esterilização escolhido não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção e ainda que o procedimento é considerado definitivo (ou de difícil reversão); existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea das trompas (2% em 10 anos), ou seja, ocorrer a passagem do óvulo de uma ponta do ducto para a outra e ele poder ser fecundado, com retorno assim da fertilidade e da possibilidade de gravidez;
- 6.Estou ciente de que a cirurgia não interfere no desejo ou no ato sexual nem causa alterações nos ossos, no ciclo menstrual ou no leite materno;
- 7.Meu/Minha médico(a) me informou sobre todos os outros métodos contraceptivos existentes e não definitivos, como preservativos, tabelas, medicamentos anticoncepcionais, coito interrompido e DIU;
- 8.Sei que, por determinação legal, o prazo mínimo entre esta minha manifestação de vontade e o ato cirúrgico é de sessenta dias, respeitando as devidas condições médicas. Nesse período pode-se ter acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;
- 9.Também fui avisada que a esterilização cirúrgica a que serei submetida será notificada ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- 10.Fui informada que durante a realização do procedimento podem surgir situações que requeiram procedimentos diferentes dos que constam neste informe e que poderão ser utilizados visando única e exclusivamente o sucesso do tratamento;

11.Estou ciente de que podem ocorrer complicações, das quais fui informada sobre as mais comuns e compreendi seus significados, e mesmo assim pretendo realizar a cirurgia;

12.As complicações mais comuns informadas pelo meu médico responsável são as seguintes:

- a) Infecção: na ferida cirúrgica ou dentro do abdome;
- b) Hematoma: acúmulo de sangue no local da cirurgia ou dentro do abdome;
- c) Hemorragia interna;
- d) Lesão ou perfuração de estruturas e/ou órgãos internos;
- e) Queimadura por bisturi elétrico;
- f) Seromas (acúmulo de líquido na cirurgia), cistite (inflamação na bexiga), anemia;
- g) Anestesia: alergia a agentes anestésicos ou medicamentos administrados, cefaleia persistente, dor lombar, recuperação prolongada;
- h) Gravidez Ectópica: nas trompas, 3 vezes mais risco entre 4-10 anos da laqueadura.

13.Ainda tenho ciência de que, no caso de sangramento, a critério médico, poderá haver necessidade de transfusão sanguínea e que há doenças transmissíveis por transfusão embora todas as medidas para se evitar a transmissão dessas doenças sejam adotadas rotineiramente;

14.Meu/Minha médico(a) também me orientou que, se ocorrer quaisquer destas situações ou outras não descritas, ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com o(a) mesmo(a) e/ou sua equipe;

15.Sou sabedora de que o plano de saúde contratado por mim não terá qualquer responsabilidade em caso de falha no procedimento que resulte em gravidez;

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

17.Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento; informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao tratamento proposto. Nestas condições, CONSINTO que se realize a LAQUEADURA TUBÁRIA.

_____/_____/_____
Local e data

Assinatura da Beneficiário

Assinatura do Médico(a) Assistente