

Eu, \_\_\_\_\_, beneficiário do Plano da Fundação Libertas sob a matrícula N.º \_\_\_\_\_, Plano \_\_\_\_\_, residente e domiciliado no Endereço

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, declaro ser de minha livre e espontânea vontade a realização do ato cirúrgico de esterilização chamado VASECTOMIA, 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:

**1.** Fui informado que a vasectomia é um método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita geralmente sob anestesia local. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada de pontos, dependendo do material utilizado;

**2.** A opção pelo procedimento é expressão da minha liberdade, nos termos da Lei 14.443, de 2 de setembro de 2022 e declaro estar ciente do conteúdo da referida lei;

**3.** Sou civilmente capaz e tenho mais de 21 anos de idade, ou, pelo menos, 02 filhos vivos;

**4.** Tenho a consciência de que o procedimento de esterilização tem por objetivo abolir 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 (1 em cada 2.000 cirurgias), ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de uma ponta do ducto para a outra e eles voltarem a ser ejaculados, podendo ocasionar uma gravidez, e que isso não depende da vontade ou da técnica empregada;

**6.** Também que foi informado que, caso eu me arrependa de ter optado por esse procedimento, as opções são:

**1)** Submeter-me à uma reversão cirúrgica da vasectomia, mas que esse procedimento pode não ser autorizado pelo meu plano de saúde, implicando em custos que eu terei que arcar, e que nem sempre se obtém o retorno da fertilidade. **2)** A fertilização assistida, com técnicas de obtenção de espermatozoides por punção e aspiração de elementos do escroto, pode ser usada para se tentar uma nova gestação, porém sem sucesso garantido. **3)** O sucesso da reversibilidade é dependente do tempo decorrido entre o ato da vasectomia e o desejo de reversão, sendo baixa as chances de fertilidade após 05 anos. **4)** É possível, antes da cirurgia esterilizadora, coletar e criopreservar (congelar) os espermatozoides que poderão ser usados em um procedimento de fertilização assistida no futuro, mas isso gerará custos extras de minha responsabilidade e que não são cobertos pelos planos de saúde e nem pelo SUS.

**7.** Estou ciente de que a cirurgia não interfere no meu desejo sexual nem causa disfunção erétil ou problemas de saúde;

**8.** Meu médico me informou sobre todos os outros métodos contraceptivos existentes e não definitivos, como preservativos, tabelas, medicamentos anticoncepcionais, coito interrompido e DIU;



**9.** Sei que, por determinação legal, o prazo mínimo entre esta minha manifestação de vontade e o ato cirúrgico é de 60 (sessenta) dias e que nesse período poderei ter acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;

**ANS nº 37821-6**

**10.** Também fui avisado que a esterilização cirúrgica a que serei submetido será notificada ao Sistema Único de Saúde (SUS);

**11.** Fui informado 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;

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

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

- a) Hematoma ou equimose: acúmulo de sangue na cirurgia – média de 2% de ocorrência;
- b) Infecção: incidência de 12-38%, incluindo infecções locais, urinárias e epididimites;
- c) Trauma: incidência de 4,7%, geralmente em hidrocele e nervo genitofemoral;
- d) Fístula: comunicação anormal do ducto com a pele, <1%;
- e) Granuloma: caroço no local da ligadura do ducto devido a reação inflamatória, sendo 2-3% dolorosos. Pode estar associado a recanalização em 10-40% dos casos;
- f) Dor crônica: até 52% dos casos, sendo que até 15% desses precisam de nova cirurgia;
- g) Mortalidade: 1 a cada 1.000.000 de procedimentos.

**14.** Meu médico 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 meu médico e/ou sua equipe;

**15.** Fui informado ainda que devo manter por dois meses outro método anticoncepcional até a realização do espermograma de controle que comprove o sucesso da cirurgia;

**16.** Sou sabedor de que o plano de saúde contratado por mim não terá qualquer responsabilidade em caso de falha no procedimento, que resulte em gravidez;

**17.** 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.

Assim, declaro agora que estou satisfeito 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 VASECTOMIA.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico(a) Assistente