

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE CIRURGIA  
ESTERILIZADORA FEMININA**

Este documento tem o objetivo de a paciente expressar sua concordância com a cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária), ciente dos cuidados e dos riscos envolvidos. Este documento somente deverá ser assinado se todas as dúvidas tiverem sido esclarecidas. A assinatura no presente documento representa o consentimento da paciente na realização da cirurgia e seu comprometimento em seguir as orientações médicas.

Eu, \_\_\_\_\_,  
nascida em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (estado civil),  
portadora da Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_, inscrita no  
CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente na  
\_\_\_\_\_, Cidade  
\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP  
\_\_\_\_\_, **manifesto o desejo de ser submetida a cirurgia esterilizadora  
voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária) por minha livre e  
espontânea vontade,** a ser realizada pelo(a) Dr(a)  
\_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, com  
consultório à \_\_\_\_\_  
(endereço), telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, e sua equipe.

**DECLARO ter sido informada que:**

- a cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária) é um método anticoncepcional permanente e consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, que serão cortadas e/ou amarradas ou retiradas, impedindo a gravidez.
- existem diferentes técnicas para sua realização, como microlaparotomia (microcesárea), videolaparoscopia, pela vagina ou por um exame chamado histeroscopia, sendo que, em todas, será feito uso de anestesia, cujos métodos, técnicas e fármacos são de indicação e responsabilidade exclusiva do médico anestesista.
- existem outras opções de métodos de contracepção reversíveis, como o DIU, implante, anticoncepcionais hormonais (via oral, injetáveis, adesivos, anel vaginal) além de métodos de barreira como o preservativo e o diafragma.
- há a opção de o meu companheiro realizar a vasectomia como método anticoncepcional definitivo.
- posso consultar uma equipe multidisciplinar para esclarecimento de minhas dúvidas e para desencorajar a esterilização precoce.

- embora seja um dos métodos mais efetivos para evitar gravidez, existe um percentual de falha de 2%<sup>1</sup>, que independe do paciente ou do médico.
  - apesar de possível, a reversão desta cirurgia (reconexão das trompas) é difícil, com poucas chances de sucesso e nem sempre tem cobertura garantida pelos planos de saúde.
  - os riscos mais comuns dessa cirurgia são dor, infecção, sangramentos, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, seromas, trombozes, sendo excepcional a ocorrência óbito.
  - essa cirurgia pode resultar em cicatriz associada ou não a quelóide (cicatriz alta em forma de cordão), que independem da habilidade médica e que ocorrem devido a características pessoais.
  - os possíveis efeitos colaterais, a longo prazo, são varizes pélvicas (vasos dilatados ao lado do útero), menopausa precoce, dores pélvicas, menstruação irregular.
  - Outras observações:
- 
- 

**CIENTE de tais informações, DECLARO que:**

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram, estou satisfeita com as informações recebidas e compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- Compreendo que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a meu cuidado.
- Concordo e autorizo meu médico a: suspender minha cirurgia em caso de intercorrência por ocasião da aplicação do anestésico, que implique em aumento do risco cirúrgico; realizar, durante minha internação, todos os atos necessários para preservar minha vida, inclusive transfusão de sangue; modificar a técnica cirúrgica definida, caso ocorra algum fato inesperado, para o melhor resultado da minha cirurgia.
- Estou ciente de que a presente manifestação de vontade não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento, e isento de responsabilidade o(a) Dr(a).  
\_\_\_\_\_ de eventual recanalização espontânea das trompas, bem como da eventual ocorrência de nova gravidez.
- Estou ciente de que, caso eu seja casada ou tenha uma união estável, **a minha esterilização depende do consentimento expresso do meu marido ou companheiro, mediante a assinatura conjunta do presente termo**, bem como de que, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.
- Recebi e assinei este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 60 (sessenta) dias antes da data agendada para realização de minha cirurgia.

---

<sup>1</sup> <http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/laqueadura.pdf>

- Estou ciente de que, a qualquer momento anterior ao procedimento, poderei revogar o consentimento que agora presto.
- Outras observações:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Após atenta leitura, é de minha vontade autorizar a realização da cirurgia esterilizadora voluntária feminina (ligadura de trompas ou laqueadura tubária), estando plenamente esclarecida dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.**

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

(Cidade)

\_\_\_\_\_

(Assinatura da paciente)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do marido ou companheiro)

Nome do marido ou companheiro: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidade RG nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura do médico)

**Observação:** Este Termo deve ser preenchido em três vias originais, devendo ser todas assinadas pelo médico, pela paciente e pelo cônjuge ou companheiro, se for o caso. A primeira via deve ser arquivada no prontuário da paciente, a segunda via deve ser entregue à paciente e a terceira, à operadora de plano de saúde. Deverá ser anexado ao presente Termo cópias dos seguintes documentos:

- Certidão de casamento ou Declaração de União Estável ou declaração do estado civil assinada pela paciente (caso não seja casada ou não tenha companheiro);
- Carteira de identidade da paciente e do marido ou companheiro;
- Certidões de nascimento de pelo menos 2 filhos vivos, caso a paciente tenha menos de 25 anos de idade.