

**Título:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Pós-informado para Realização de Laqueadura Tubária

**Tipo de Anexo:** Formulário

**Número e Versão do Anexo:** RQ-TCIRPMECLTB - V.8

**Fase:** Vigente

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA  
TUBÁRIA**

Eu \_\_\_\_\_, portadora da cédula de identidade nº, \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ Estado do \_\_\_\_\_, atualmente com \_\_\_\_\_ anos de idade, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr. \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o nº \_\_\_\_\_, manifesto o desejo de ser submetida a laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, e que, de acordo com a mesma lei, desde que observado esse prazo mínimo, é permitida a laqueadura durante o período do parto.

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 3 ou 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea); via periumbilical (logo a seguir do parto vaginal);
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de alguma anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo médico assistente e serviço de anestesia;
- Embora o método de laqueadura tubária esteja entre os mais efetivos dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha em torno de 0,41% que independe da paciente ou do médico;
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente;
- A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente nem garantia de sucesso, devendo sempre ser entendido a laqueadura como um procedimento potencialmente irreversível;
- As complicações que poderão surgir são: intra-operatórias (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico, e pós-operatórias leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como graves e excepcionais (eventração, apneia, tromboses, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras, que podem ter desdobramentos graves) perfurações de órgãos;
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto ou necessidade técnica, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
- O procedimento planejado da esterilização cirúrgica durante o período de parto (após passado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da minha vontade e o parto) poderá sofrer mudanças de técnica ou postergado, devido a condições médicas, técnicas ou de estrutura assistencial da maternidade;

---

**Título:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Pós-informado para Realização de Laqueadura Tubária

---

**Tipo de Anexo:** Formulário

---

**Número e Versão do Anexo:** RQ-TCIRPMECLTB - V.8

**Fase:** Vigente

---

- Por se tratar a Medicina de ciência com múltiplas variáveis, do meu próprio corpo, de dificuldades ou indicações e contraindicações que podem se apresentar no momento, caso não seja possível realizar a laqueadura, entendo que a fundamentação será registrada em prontuário e a equipe médica me orientará outro método para evitar gravidez que seja aplicável ao meu caso;

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os métodos de barreira, anticoncepção hormonal, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes e métodos naturais.

Entendo também que o desejo de laqueadura não significa jamais a indicação absoluta de cesárea, haja vista as outras técnicas descritas para a laqueadura pós-parto que podem ser aplicadas no caso de parto via vaginal, e que é proibido pela Lei realizar cesárea para fim exclusivo de esterilização.

Tenho ciência, conforme disposto no Art. 11 da Lei 9263/1996, que toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

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, antes que o procedimento de laqueadura tubária se realize e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento.

Consinto, portanto, ao (a) médico (a) a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize seu julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina e disponíveis no local onde se realiza(m) o(s) tratamento(s).

#### **DEVE SER PREENCHIDO PELA PACIENTE**

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o procedimento, objeto deste documento, se realize.

Nome: \_\_\_\_\_ Identidade n. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### **DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO**

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que a paciente acima referida está sujeita, à própria paciente, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pela mesma. De acordo com o meu entendimento, a paciente, está em condições de compreender o que lhe foi informado.

Nome: \_\_\_\_\_ CRM n. \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_