



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A CIRURGIA DE  
ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)**

Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_ abaixo-assinado, nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e com nº \_\_\_\_\_ filho(s) vivo(s), portador da RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_ (endereço completo) \_\_\_\_\_, grau de instrução \_\_\_\_\_, beneficiário do plano Abertta Saúde, de posse da minha capacidade civil plena, DECLARO que desejo submeter-me voluntariamente a cirurgia de esterilização masculina permanente – (CID Z 30.2) e em função disso procurei o médico \_\_\_\_\_, inscrito no CRM nº \_\_\_\_\_, portador do CPF \_\_\_\_\_, com consultório em (endereço completo) \_\_\_\_\_, cumprindo o disposto na Lei 9.263/96 do Planejamento Familiar, que assegura todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde da pessoa, garantindo a liberdade de opção, desde que ocorra mediante avaliação e acompanhamento clínico, com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Face ao disposto acima, **DECLARO:**

(a) Estar ciente das regras do planejamento familiar, observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, sabendo que não será aceita a minha manifestação de vontade se estiver sob influência de álcool, drogas, estado emocional alterado, ou por incapacidade mental temporária ou permanente.

(b) Estar ciente que a intervenção de cirurgia esterilizadora masculina consiste na interrupção da continuidade do(s) ducto(s) deferente(s), havendo a porcentagem de falha de 0,1% segundo o Ministério da Saúde, ocorrendo desta forma uma gravidez indesejada.

(c) Estar ciente que para a finalidade de reversão da cirurgia esterilizadora masculina (vasectomia), não há cobertura pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

(d) Saber que a cirurgia de esterilização masculina (vasectomia), necessita de anestesia, portanto, devo submeter-me a consulta pré-anestésica antes da realização da cirurgia. Que em toda intervenção existe um risco de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente. Que caso no momento do ato cirúrgico surja algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

(e) Que fui informado que existem outros métodos alternativos de contracepção que poderei utilizar, como preservativos, coito interrompido e todos os demais métodos naturais e de barreira.

(f) Que a cirurgia esterilizadora masculina, não interfere na função sexual e nem causa impotência (disfunção erétil), e até o momento não se conhece nenhuma doença que possa vir a ocorrer em função da cirurgia. E que foi observado pelo médico que após a cirurgia esterilizadora masculina poderei voltar a ter relações sexuais sem risco de gravidez, somente quando o espermograma acusar ausência de espermatozoides no exame laboratorial, que normalmente é realizado depois de um número não inferior a 25 (vinte e cinco) ejaculações.

(g) Que recebi do médico as orientações sobre os cuidados que devo seguir para reduzir o risco das complicações para essa cirurgia, que podem se manifestar como:

- Intraoperatórias (durante a cirurgia) - hemorragias, lesões de órgãos interno e queimaduras;



- Pós-operatórias - seromas, hematomas (acúmulo na parede abdominal de líquido ou sangue), hemorragias (sangramento interno), cistites (infecção de bexiga), anemia e outras infecções;

- Graves e excepcionais – eventrações (exteriorização de vísceras abdominais), apneia (parada respiratória), trombose, pelviperitonites (infecção grave da cavidade abdominal), hemorragias.

Estou ciente que qualquer um desses eventos listados acima deve ser imediatamente informado ao médico para as devidas providências.

Pelo presente, DECLARO que entendi todas as informações e orientações prestadas pelo médico, em linguagem simples e clara, e que minhas dúvidas foram esclarecidas nesta consulta.

Assim sendo, declaro que compreendo o alcance e os riscos da cirurgia esterilizadora, por tal razão, para a realização do procedimento acima descrito, reservando-me o direito de revogar esse consentimento a qualquer momento antes que o procedimento médico, objeto deste termo, se realize.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura/Carimbo do Médico Assistente

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

**REVOGAÇÃO** – Revogo o consentimento prestado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, desistindo de prosseguir o tratamento, dando por finalizado o mesmo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário