

TERMO DE CONSENTIMENTO - ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA**INFORMAÇÕES DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

Nome do(a) beneficiário(a) - (Completo e sem abreviação):		Estado Civil:
RG:	Órgão Emissor:	Data de Emissão:
CPF:	Data de Nascimento:	
Telefone celular:	Telefone com./res.:	
Endereço:	CEP:	
Bairro:	Cidade:	UF:
E-mail:		

PROCEDIMENTO PROPOSTO LAQUEADURA TUBÁRIA VASECTOMIA**DECLARAÇÃO****Declaração do Médico Assistente:**

Declaro que sou responsável pela indicação e realização do procedimento acima indicado e pela observância de todas as diretrizes contidas na Lei 9.263/96 e conforme as normativas, expedidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Declaro, ainda, sob as penas da Lei, que foram cumpridas todas as exigências contidas na referida Lei, e que, portanto, não há quaisquer impedimentos à realização do procedimento solicitado pelo(a) beneficiário(a), conforme acima indicado.

Data: ____/____/____

CRM: _____

Assinatura do Médico Assistente

Declaração do Paciente e do Cônjuge:

Pelo presente instrumento ratificamos a declaração do nosso médico assistente, no sentido de que recebemos todas as informações relativas ao procedimento de _____.

Há mais de 60 (sessenta) dias, por livre e espontânea vontade, procuramos o Dr. (a) _____ e optamos por realizar o procedimento de esterilização permanente acima identificado, tendo sido observado a forma e o prazo previsto na legislação, ocasião em que firmamos a Declaração de Consentimento.

Declaramos, ainda, que antes de optar pelo referido procedimento nos foram passadas pelo médico assistente todas as informações previstas na Legislação sobre o procedimento, dentre elas as que seguem abaixo, bem como quanto aos riscos, efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes, as quais eu e meu cônjuge (e/ou companheiro/a) compreendemos e concordamos plenamente, não restando quaisquer dúvidas.

Vasectomia

A Vasectomia significa o método de interrupção de fertilidade masculina, por meio de cirurgia, causada pela secção dos ductos deferentes, bloqueando a passagem de espermatozoides para o líquido ejaculado;

A Vasectomia não representa 100% de eficácia, podendo haver casos de recanalização natural e espontânea dos ductos deferentes, que poderá permitir a passagem de espermatozoides ao líquido ejaculado e conseqüentemente provocar gravidez;

Quanto maior o lapso temporal de interrupção dos ductos, menor será a probabilidade de recuperação da fertilidade;

Apesar da possibilidade de reversão da Vasectomia, a recanalização dos ductos deferentes não está coberta pelo plano de saúde;

Laqueadura

Laqueadura Tubária consiste no método de esterilização feminina, caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico trompas de falópio, que fazem o caminho dos ovários até o útero. Assim, as trompas impedem a passagem do óvulo e os espermatozoides não o encontram, não havendo fecundação;

Assim como na Vasectomia a Laqueadura Tubária não representa 100% de eficácia, podendo também ocorrer à recanalização das trompas, com subsequente gravidez.

Estando, assim, ciente de seus efeitos, consentimos na realização do procedimento acima identificado.

Proteção de Dados Pessoais:

Os dados informados são necessários para implementação da solicitação e serão tratados de acordo com a Política de Privacidade e Proteção de Dados do Economus disponível em <https://www.economus.com.br/lgpd/> e em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Quando necessário para cumprimento da solicitação ou execução do contrato com Economus, os dados pessoais coletados neste documento poderão ser compartilhados com fornecedores, hospitais parceiros e autoridades que atuem em nome da entidade. Mediante requerimento, o titular de dados ou o seu responsável legal, poderá exercer os direitos regulados pelo art. 18 da LGPD, a exemplo da confirmação da existência de tratamento, acesso aos dados e correção de dados inexatos.

ASSINATURAS

Local e Data:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Paciente

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura do Cônjuge (ou Companheiro/a)

Nome:

RG:

CPF:

ANS – Nº 34261-1