



## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG n.º \_\_\_\_\_, abaixo assinada, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o Dr.(a) \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_, para ser submetida a uma operação de esterilização permanente, sendo indicado o procedimento denominado LAQUEADURA TUBÁRIA. Antes da operação, foi-me informado que a laqueadura é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, que consiste no fechamento das tubas uterinas para impedir a descida do óvulo e a subida do espermatozoide e para tanto, realiza-se abertura da cavidade abdominal.

Declaro, outrossim, que recebi todas as informações e orientações do serviço médico sobre todos os métodos contraceptivos e esterilização e estou ciente dos riscos da cirurgia e da dificuldade de sua reversão.

Tenho conhecimento que, apesar de a laqueadura ser um método de esterilização considerado permanente, **existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea das trompas, com subsequente gravidez.**

De outro lado, apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização das trompas, a realização desse procedimento, não garantirá **integralmente o sucesso em readquirir fertilidade.**

Diante do exposto, declaro estar em pleno gozo de minha capacidade civil e ter idade superior a 21 (vinte e um) anos ou pelo menos, 2 (dois) filhos vivos, e estou ciente dos esclarecimentos acima, manifestando, por meio do presente, que desejo ser submetida à laqueadura, por minha livre e espontânea vontade.

Declaro ter participado de modo consciente do processo de decisão sobre o tratamento acima referido e que este documento atesta minha aceitação acerca da terapêutica proposta pelo médico acima nominado.

Declaro, ainda, que todas as declarações por mim prestadas são verdadeiras.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente