

**ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA EXPRESSA  
MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA**

Eu, \_\_\_\_\_  
RG nº: \_\_\_\_\_, SSP/\_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_  
Nascida(o) na cidade de \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.  
Residente e domiciliado na rua: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_,  
Bairro: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_.  
Telefone residencial \_\_\_\_\_, celular \_\_\_\_\_.

Abaixo assinado, solicito minha anticoncepção cirúrgica (Lei nº 9263/96 de 12/01/1996 alterada pela Lei 14.443 de 02/09/2022), através de:

- Vasectomia ( )
- Laqueadura tubária bilateral ( )

Declaro estar ciente de que ficarei impedida (o) de ter filhos após a cirurgia.

Declaro que fui esclarecida (o) que o procedimento apresenta uma zona de risco de não eficácia: falha de 0,15 (quinze centésimos) para 100 homens e falha de 0,41 (quarenta e uns centésimos) para 100 mulheres.

Declaro que fui informado dos cuidados pós – vasectomia: procurar o serviço de saúde na presença de febre > 38° C, sangramento ou secreção pela incisão e dor ou aumento de volume escrotal; manter abstinência sexual por 4 dias e, posteriormente, utilizar outros métodos anticoncepcionais até a realização do espermograma de controle após 90 dias para confirmar a efetividade do método.

Declaro que fui informada dos cuidados pós – laqueadura: abstinência sexual por 14 dias, retornar ao serviço de saúde em 7 a 14 dias, para reavaliação; procurar o serviço de saúde na presença de febre > 38°C, dor abdominal persistente, sangramento ou saída de secreção pela incisão.

Declaro expressamente que me sinto esclarecida (o) sobre os métodos anticoncepcionais não cirúrgicos, bem como, me foi dado amplo e irrestrito acesso a todas as informações sobre os riscos da cirurgia e possíveis efeitos colaterais e de sua não eficácia em casos específicos.

Declaro que concordo e aceito todas as restrições do método, assumindo todas as consequências do tratamento.

Sorocaba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente