

Sorocaba, _____ de _____ de 20____.

**Termo de Consentimento informado para Revalidação do Procedimento de
Esterilização Voluntária**

Eu, _____, portador da carteira de identidade número _____ venho através deste termo manifestar a minha expressa vontade de me submeter à esterilização voluntária – Vasectomia () - Laqueadura () ;

Declaro para os devidos fins que:

a) Particpei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;

b) Manifesto esta vontade com pleno discernimento, livre e espontaneamente, sem qualquer coação ou influência e que estou em perfeito gozo de saúde mental;

c) Fui alertado (a) sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de ter filhos; informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico e também acerca de seus efeitos colaterais e dificuldades de sua reversão

d) Devo aguardar 60 (sessenta) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;

e) Estou ciente que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo disponível na Rede Básica Municipal de Sorocaba;

f) Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou instituição que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

g) Que as informações aqui prestadas são integralmente verídicas e que tenho conhecimento das consequências criminais em decorrência de declarações falsas, ficando a entidade hospitalar e o médico responsável isentos de quaisquer responsabilidades caso venha a ser apurada eventual incorreção nas informações ora prestadas.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente declaração em duas vias de igual teor para um só efeito.

Assinatura do Paciente: _____

Assinatura e Carimbo Profissional da Saúde: _____

(1ª via encaminhar com as documentações de agendamento e 2ª via arquivar em prontuário)

Elaborado em 22/02/2021

Revisado em 15/02/2023