

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA VASECTOMIA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA MASCULINA

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO DA SAÚDE PETROBRAS

(Preencher com letra de forma ou letra manuscrita legível)

TITULAR () DEPENDENTE ()
Nome(completo): _____
Carteirinha Saúde Petrobras: _____ CPF: _____
Unidade de lotação/vinculação do titular : _____
Endereço(completo): _____
Complemento (apto, casa, bloco) _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ - _____ Tel: () _____ / ou () _____
E-mail: _____
Nº de filhos vivos: _____ Idade: _____
Grau de instrução: () Analfabeto () Fundamental () Médio () Superior () Pós-Graduação () Incompleto () Completo
Estado civil atual: () Solteiro () Casado () União Estável () Separado () Divorciado () Viúvo

Declaro que, ciente dos esclarecimentos prestados pelo meu médico assistente, Dr(a) _____, (CRM nº _____, da instituição _____), manifesto o desejo de ser submetido a cirurgia de esterilização masculina por minha livre e espontânea vontade.

Estou ciente de que:

- 1) Entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar, ao menos, 60 dias, conforme a Lei 9263/1996 alterada pela Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022
- 2) A vasectomia/cirurgia de esterilização masculina é o método cirúrgico de interrupção da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.
- 3) Declaro que fui informado sobre todos os métodos de contracepção cientificamente aceitos, sendo garantida a minha liberdade de opção por um método definitivo. Tive acesso a todas as informações relativas à fecundidade, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.
- 4) As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras na bolsa escrotal e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, ou ainda, se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou a sua equipe.
- 5) Apesar de poder ser tentada a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, quanto maior o tempo de interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
- 6) Apesar da Vasectomia/Cirurgia de Esterilização Masculina ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer

recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar gravidez.

- 7) O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil).
- 8) O paciente só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações, que é o número necessário para "esvaziar" o trato genital.

Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples e minhas dúvidas foram todas esclarecidas. Também entendi que, a qualquer momento, previamente à realização do procedimento, e ao meu critério, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e os riscos do procedimento de vasectomia/cirurgia de esterilização masculina e por tal razão consinto que se realize a referida intervenção cirúrgica.

_____ (___), ____ de _____ de 20_____
 Local UF dia mês ano

 Assinatura do paciente

 Assinatura/carimbo do médico

Data da realização da vasectomia/cirurgia de esterilização voluntária masculina ___/___/___

Executado no sistema informatizado por: _____

Em ___/___/___ Matrícula: _____

REVOGAÇÃO

Revogo consentimento prestado em ___/___/___ e não desejo realizar o procedimento.

_____ (___), ____ de _____ de 20_____.
 Local UF dia mês ano

 Assinatura do paciente

Executado no sistema informatizado por: _____

Em ___/___/___ Matrícula: _____