



PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER
CENTRO DE SAÚDE _____



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - Laqueadura

Eu, _____, portadora da carteira de identidade número: _____ órgão emissor: _____ venho através deste TERMO solicitar a realização do procedimento cirúrgico para **LAQUEADURA**.

Declaro para os devidos fins que:

- a) Participei da reunião de Planejamento Familiar e conheci os demais métodos anticoncepcionais disponíveis também eficazes e reversíveis;
- b) Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível;
- c) Fui alertada 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;
- d) Devo aguardar pelo menos sessenta (60) dias, a partir da assinatura desta solicitação, para que o procedimento possa ser realizado;
- e) Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico (inclusive gravidez ectópica) e do anestésico;
- f) Fui informada, que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a laqueadura pode apresentar taxa de falha de 0,5%;
- g) 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 Florianópolis;
- h) Fui informada que este procedimento não me protege do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis incluindo o vírus do HIV;
- i) 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.

Florianópolis, ____ de _____ de _____

Assinatura da Requerente