



**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, REGULAÇÃO,  
CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

**TERMO DE SOLICITAÇÃO E INFORMAÇÃO (TSI)**

**(Termo de Consentimento Informado)**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_, venho através deste termo, solicitar a realização de procedimento cirúrgico para vasectomia. Declaro para os devidos fins que :

- a) fui informado sobre métodos contraceptivos disponíveis, eficazes e reversíveis;
- b) estou ciente de que esta cirurgia é considerada na prática irreversível;
- c) fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em situações de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como : separação, divórcio, viuvez, morte de filhos, outro casamento ou posterior desejo de procriar;
- d) devo aguardar pelo menos 60(sessenta) dias entre a manifestação da vontade e a realização do ato cirúrgico;
- e) trata-se de um procedimento feito sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso minha condição clínica o requeira. São feitos um ou dois cortes no escroto, que são posteriormente costurados, podendo haver ou não de necessidade de retirada dos pontos, dependendo da técnica e material utilizado;
- f) fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimose), dor, queimadura 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 sua equipe;
- g) fui informado que a vasectomia não é inteiramente eficaz por 3 (três) meses após a realização do procedimento, e que neste período terei de fazer uso de preservativos ou outro método contraceptivo;
- h) fui informado que, assim como os demais métodos contraceptivos, a vasectomia apesar de ser um método de esterilização permanente, existe a possibilidade de 1 (uma) em cada 2.000 operações, poder ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo poderá permanecer fértil e ocasionar uma gravidez;
- i) fui informado de que método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil);
- ji) estou ciente, de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato cirúrgico, sem prejuízo para o meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo;
- k) caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e ou a instituição que realizou o procedimento, pois o fiz de minha própria vontade.

Brusque, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente e RG

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cônjuge e RG



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



NÚCLEO  
DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM  
SAÚDE E HUMANIZAÇÃO  
**NEPSHU**

## DOCUMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (DPC)

1 ) Unidade que realiza o procedimento cirúrgico : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° CNS : \_\_\_\_\_

2) Nome : \_\_\_\_\_

Nacionalidade : \_\_\_\_\_ Estado Civil : \_\_\_\_\_ Idade : \_\_\_\_\_

Endereço : \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Bairro : \_\_\_\_\_ Fone : \_\_\_\_\_

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, os médicos

abaixo-assinados, inscritos no Conselho de Medicina desta jurisdição, Santa catarina,

respectivamente sob os números \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ .

Analisaram os dados clínicos do paciente acima e indicam a realização da esterilização cirúrgica,

nos termos do inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1.996, com o CID \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo - médico Unidade Básica

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo - médico cirurgião

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cônjuge



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



NÚCLEO  
DE EDUCAÇÃO  
PERMANENTE EM  
SAÚDE E HUMANIZAÇÃO  
**NEPSHU**

## **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO DE VASECTOMIA**

- Preencher 3 vias do termo de solicitação e informação **(TSI)**;
- Preencher 3 vias documento para procedimento cirúrgico **(DPC)**.

\* Devidamente assinados.

- Cópias (Xerox):

\*RG;

\*CPF;

\*CNS (Cartão do SUS);

\*Comprovante de Residência.

\* Cópia da certidão de nascimento dos filhos (mínimo 2 filhos).

- Informação:

\*Telefone.

**\*Paciente deve ter idade mínima de 25 anos e 2 filhos ou mais.**

\*Este procedimento é realizado na cidade de Penha – SC.

\*não há mais necessidade de reconhecer firma em cartório para solicitação de laqueadura e vasectomia.

- **Entregar na Unidade Básica de Saúde.**