



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



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

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

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

#### **(Consentimento Informado)**

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

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

- a) fui informada sobre métodos contraceptivos disponíveis, 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 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, exceto em caso de emergência com risco de vida, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão sob orientação da equipe deste serviço;
- e) fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reações a drogas, parada cardio respiratória, morte, dor pélvica, aderência pélvica, hemorragia, infecções, tromboembolia, além de lesões e queimaduras de órgãos ou gravidez fora do útero no caso de ligadura de trompas;
- f) fui informada que, assim como os demais métodos contraceptivos, a laqueadura pode apresentar falha, sendo a mesma de 0,1% em 100 mulheres no primeiro ano e 0,4% em 100 mulheres nos anos subsequentes;
- g) fui informada que ao menor sinal ou sintoma de gravidez devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar a este serviço de saúde;
- h) 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;
- i) 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 LAQUEADURA.**

- Preencher 3 vias do termo de solicitação e informação (TSI);
- Preencher 3 vias do documento para procedimento cirúrgico (DPC);
  - \* Devidamente assinados.
  
- Cópias (Xerox):
  - \*RG;
  - \*CPF;
  - \*CNS (Cartão do SUS);
  - \*Comprovante de Residência.
  - \* Certidão de nascimento dos filhos (mínimo 2 filhos).
  
- Exames:
  - \* Hemograma;
  - \* BHCG;
  - \* TAP;
  - \* Parcial de Urina.
  
- Informação:
  - \*Telefone p/ contato.

\*Este procedimento é realizado na cidade de Penha – SC e somente será realizado após 60 dias do nascimento do último bebê.

\*Idade mínima: 25 anos.

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

- Entregar na Unidade Básica de Saúde.