



**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 Cônjugue e RG



DOCUMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (DPC)

1) Unidade que realiza o procedimento cirúrgico : _____

Nº CNS: _____

2) Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____

Endereço : _____ nº _____

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



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.