

DECLARAÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO
CIRÚRGICA
LAQUEADURA TUBÁRIA

Nome Completo da Beneficiária: _____

Identidade (nº e órgão expedidor): _____

Matrícula na UNIMED nº: _____

Estado Civil: _____

Nome do Esposo/Companheiro (caso possua): _____

Identidade (nº e órgão expedidor): _____

DECLARAMOS, através desta manifestação e para os devidos fins, estando compromissados com a verdade, que eu e o meu esposo/companheiro, acima identificados e adiante assinados, **fomos orientados de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e as conseqüências que decorrem da realização do procedimento cirúrgico de laqueadura tubária**, estando cientes dos requisitos médicos e legais para a sua realização.

DECLARAMOS, também, que **não temos nenhum impedimento legal para a realização do procedimento de laqueadura tubária**, e que estamos em pleno gozo das nossas capacidades civil e mental.

DECLARAMOS, igualmente também, estar cientes que a **laqueadura tubária** consiste, basicamente, na interrupção da continuidade das trompas de falópio, com o objetivo de impedir uma gravidez, e, ainda, que para a realização dessa intervenção existem as seguintes formas de **abordagem técnico-cirúrgica: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal ou pós-cesárea**. Estas técnicas necessitam, obrigatoriamente, da participação de anestesiológico.

DECLARAMOS, igualmente também, ter plena ciência que a **laqueadura tubária somente é permitida para as mulheres que possuam os seguintes requisitos autorizadores: ser maior de 25 (vinte e cinco anos de idade) ou possuir, no mínimo, 02 (dois) filhos vivos; bem como existência de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro bebê na ocorrência de uma gravidez**, o que deverá ser **confirmado** por meio de relatório escrito assinado por dois médicos assistentes.

DECLARAMOS, igualmente também, estar **cientes dos requisitos autorizadores acima**, e, ainda, que os possuímos, estando eu, ora Beneficiária, **preenchendo as condições autorizadas** para a realização da esterilização **laqueadura tubária**.

DECLARAMOS, ainda, ter ciência que a realização da **laqueadura tubária é vedada nos seguintes casos:**

a) Durante os períodos de parto ou de aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;

b) Através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;

c) Quando a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica for realizada durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

DECLARAMOS, ainda, que **assumimos**, por meio deste instrumento, **a responsabilidade pela decisão de não termos mais filhos**, estando **cientes** de que a esterilização cirúrgica por meio da **laqueadura tubária é um método de difícil reversão e que a Unimed-Rio não cobrirá, em nenhuma hipótese, a cirurgia para recanalização das trompas**.

DECLARAMOS, ainda, **estar cientes dos riscos inerentes à realização do procedimento cirúrgico**, entre outros, as complicações anestésicas, reações alérgicas à medicação, hemorragias, infecções e a abertura da ferida operatória, paradas cardio-respiratória, lesões de órgãos vizinhos, seromas (acúmulos de líquidos), eventrações (hérnia), trombose (coágulos sanguíneos), hematomas e **outras aqui não mencionadas**. E, ainda, que se, no momento do ato cirúrgico, surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica inicialmente programada.

DECLARAMOS, mais, estar plenamente cientes de que o procedimento de **laqueadura tubária possui uma porcentagem de erros/ou falhas (cerca de 0,5%), podendo ocorrer o retorno natural da fecundidade e a ocorrência de nova gravidez**, motivo pelo qual **eximimos a Unimed-Rio** de qualquer responsabilidade caso isso aconteça.

DECLARAMOS, mais, ter **pleno entendimento de que a presente manifestação de vontade, para a cirurgia de laqueadura tubária, não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento**. Pelo que absolvemos, liberamos, protegemos e **isentamos a Unimed-Rio** de todos os casos de recanalização espontânea das trompas e, bem assim, da eventual ocorrência de nova gravidez.

DECLARAMOS, mais, que **fomos orientados pelo médico assistente sobre a existência de outros métodos para controle de natalidade com as vantagens e as desvantagens de cada um e, mesmo assim, optamos pela realização do procedimento cirúrgico de laqueadura tubária**.

DECLARAMOS, por fim, **estar cientes de que o prazo mínimo entre esta Declaração de Manifestação de Vontade e a liberação do procedimento de laqueadura tubária é de 60 (sessenta) dias, contados da data da entrega dos seguintes documentos necessários junto à Unimed-Rio:**

- a) a presente Declaração de Manifestação de Vontade devidamente assinada pela beneficiária e pelo esposo/companheiro;
- b) cópias das identidades da beneficiária e do seu esposo/companheiro;
- c) cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável e, caso a beneficiária não seja casada ou não tenha companheiro, declaração do estado civil assinada por ela própria;
- d) cópia da certidão de nascimento de pelo menos dois filhos vivos, caso a beneficiária apresente menos de 25 (vinte e cinco) anos de idade;

- e) relatório escrito e assinado por 2 (dois) médicos, naqueles casos em que a ligadura tubária for indicada em razão da existência de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro bebê na ocorrência de uma gravidez.

Assim, estando todas essas explicações plenamente entendidas, tendo sido esclarecidas todas as nossas dúvidas, DECLARAMOS estar satisfeitos com essas informações e que compreendemos o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento cirúrgico de laqueadura tubária por nós solicitados, concordando com as condutas médicas necessárias à realização deste procedimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Beneficiário

Esposa ou companheira (caso possua)

Médico(a) assistente