

**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 anestesiolista.**

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), tromboses (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 conseqüências 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