

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DE PROPOSTA TERAPÊUTICA
PLANEJAMENTO FAMILIAR**

PREZADO(A) BENEFICIÁRIO(A):

Os dados abaixo visam informá-lo (a) sobre os procedimentos terapêuticos que serão adotados para realização da Vasectomia ou Laqueadura tubária (salpingectomia bilateral), bem como dos riscos que serão assumidos para sua efetivação. O Seu (sua) médico(a) está à disposição para sanar suas dúvidas, as quais devem ser esclarecidas antes da data da cirurgia.

NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A)		IDADE	
NOME DO CONJUGE		IDADE	
Nº DE CESÁREAS PRÉVIAS	MEDICO PARA CONTATO		
CARTÃO SAÚDE	RG	CPF	
ENDEREÇO			
TELEFONE COMERCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL	CELULAR	
NOME DO MÉDICO Dr. Paulo Marcos Longuini Mazili		CRM 107.740	
TELEFONE CONSULTÓRIO 11 2589-3000	TELEFONE FAX	CELULAR	
TIPO DE CIRURGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> VASECTOMIA BILATERAL	<input type="checkbox"/> LAQUEADURA TUBÁRIA OU SALPINGECTOMIA BILATERAL	
LOCAL DE EXECUÇÃO	DATA DA CIRURGIA		

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos de direito, que em consulta realizada com o médico(a) acima registrado, tomei conhecimento da lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996, sendo apto a realizar o método de esterilização irreversível.

Fui informado(a) sobre outras opções de métodos contraceptivos, visando o planejamento familiar, e de comum acordo com as indicações do médico(a) julgamos a melhor alternativa o tratamento acima citado.

Declaro que tenho _____ filhos naturais em perfeita condição de saúde.

Declaro ainda que manifestei minha vontade em realizar o referido procedimento há mais de 60 dias

Sou sabedor(a) de que devo informar antes da realização da cirurgia, aos cirurgiões e anestesistas TODOS os medicamentos que estou utilizando, pois muitos podem causar problemas operatórios. Fui orientado(a) sobre os exames pré-operatórios necessários e os cuidados no pós-operatório, para garantia do sucesso do procedimento.

Igualmente, fui informado(a) de que a cirurgia poderá resultar em complicações conhecidas e outras imprevisíveis, cabendo ressaltar que todos os procedimentos médicos necessários para impedi-las serão adotados.

No caso específico da cirurgia indicada para o meu tratamento fui orientado(a) que a complicação mais freqüente é a perda permanente da capacidade reprodutora e o insucesso da cirurgia para o objetivo proposto.

Fui alertado(a) também das ocorrências de complicações comuns a todos os tipos de cirurgia como: infecções, hemorragia, cicatrizes aparentes e rejeição ou quebra de implantes.

Estou ciente, de que podem ocorrer complicações durante a cirurgia, como, por exemplo, sangramentos, e que, para corrigi-las pode haver a necessidade de transfusão sanguínea, e de que existem doenças como AIDS, HEPATITE, DOENÇAS DE CHAGAS e outras que podem ser transmitidas por transfusões de sangue e seus derivados, embora todas as medidas para impedir essa transmissão sejam adotadas rotineiramente.

Da mesma forma fui informado(a) que existem complicações associadas à anestesia proposta para minha cirurgia, como alergias aos anestésicos, arritmias, problemas circulatórios e outros.

Tenho conhecimento de que durante a cirurgia ou no pós-operatório, poderá aparecer novas situações que resultem na adoção de métodos adicionais, como novas cirurgias e outros procedimentos que serão utilizados visando o sucesso deste tratamento.

Ainda estou ciente de que este formulário não contém TODAS as complicações e riscos conhecidos ou possíveis de acontecer nesta cirurgia, mas apenas os mais freqüentes.

Igualmente sou sabedor(a) que apesar dos esforços de meu(minha) médico(a) não existe garantia ou segurança ABSOLUTA no resultado desta cirurgia com relação a minha escolha de controle da natalidade.

ASSINATURA DO PACIENTE

NOME LEGÍVEL: _____

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO CÔNJUGE SE PACIENTE FOR CASADO

NOME LEGÍVEL: _____

DATA: _____ HORA: _____

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

O procedimento descrito neste formulário, incluindo riscos, complicações, tratamentos alternativos, **inclusive os prejuízos resultantes do não tratamento**, bem como o prognóstico desta cirurgia foram por mim devidamente esclarecidos ao(a) paciente, ou a seu(sua) responsável legal, antes que esta declaração de consentimento fosse assinado por ele(a).

NOME LEGÍVEL: _____

DATA: _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO SOB CARIMBO

Obs: Este documento deverá ser assinado, com firma reconhecida, pelo paciente e seu cônjuge (caso o paciente seja casado), antes da data da realização da cirurgia.

INFORMAÇÕES/ SOLICITAÇÕES DE SERVIÇOS/ SENHAS: 011 3366.3727 (GRANDE SÃO PAULO) 0800.727.3050 (DEMAIS LOCALIDADES)
SAC: 0800.727.6161 (RECLAMAÇÃO, CANCELAMENTO E INFORMAÇÃO) 0800.727.8736 (ATENDIMENTO EXCLUSIVO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA)
OU ACESSE: WWW.PORTOSEGURO.COM.BR/PORTOMED
