PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO II

Documento de Consentimento Livre e Esclarecido obrigatoriamente necessário para Cirurgia de **VASECTOMIA**

DECLARAÇÃO DO USUÁRIO

Fundamentação legal – Lei n. 9.263 de 12/01/96; Portaria nº48 de 11/02/99 e Lei nº 14.443 de 02/09/22

Eu,_____
Estado Civil _____ Portador do RG nº _____
CPF nº _____ Data de Nascimento _____/_____/_____
Residente:_____ nº _____
Na cidade _____ Estado do Paraná. Desejo fazer cirurgia VASECTOMIA.

DECLARO para todos os fins de direito, que estou ciente das exigências da **Lei nº. 9.263/96 e Lei nº 14.443/22**, quanto à cirurgia que pretendo realizar, conforme segue:
1– Estou em gozo de minha plena capacidade civil.
2– Sou maior de 21 (vinte e um) anos de idade e/ou tenho pelo menos dois filhos vivos.
3– Estou ciente de que deverei observar o prazo mínimo de sessenta (60) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações.
4 – Declaro para todos os fins de direito que estou manifestando neste ato, a minha vontade de me submeter à cirurgia acima indicada e que recebi informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.
5 – Estou ciente do ato cirúrgico que será realizado e de suas possíveis consequências.
6-Estou ciente de que não será considerada a esterilização de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (vasectomia), durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estadas emocionais alteradas ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

ESCLARECIMENTO MÉDICO:
Declaro que o Dr. _____CRM nº _____
Informou-me que, sendo minha vontade buscar uma contracepção definitiva, seria conveniente e indicado proceder A INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA. Esclareceu-me que:

1. Na intervenção de vasectomia os canais deferentes são interrompidos (cortados e amarrados, cauterizados, ou fechados com grampos).
2. Neste procedimento o homem não precisa ficar internado.
3. Esta técnica necessita apenas de anestesia local.
4. Sua eficácia é de 99,5 a 99,8% com índice de Pearl de 0,1 de falha por 100 homens por ano.
5. Este é um ato cirúrgico, de pequeno porte, pode ser feito em ambulatório, que envolve desconforto e risco como qualquer outra cirurgia.

Del CIB PR nº 047/2023Fluxo para realização de Esterilização Cirúrgica (Laqueadura e Vasectomia).

Correspondência 732/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Cesar Augusto Neves Luiz** em 23/03/2023 16:13. Inserido ao documento **507.788** por: **Edson Andruzinski** em: 22/03/2023 14:46. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **c06fa48f7da06fe8d3c5707915e49c31**.

Digitalizado com CamScanner

6. Este é um método anticoncepcional de caráter definitivo e irreversível.
7. Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis.

DECLARO que entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto, antes que o procedimento objeto deste documento se realize. Assim, declaro agora que estou satisfeito com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realize a INTERVENÇÃO DE VASECTOMIA.

Local, data:_____de_____de_____.

_____

Assinatura do Paciente

_____

Assinatura do médico

Observação: Preenchimento completo deste termo em **três vias**, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra entregue ao paciente, e a terceira será entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

Del CIB PR nº 047/2023Fluxo para realização de Esterilização Cirúrgica (Laqueadura e Vasectomia).

Correspondência 732/2023. Assinatura Qualificada realizada por: **Cesar Augusto Neves Luiz** em 23/03/2023 16:13. Inserido ao documento **507.788** por: **Edson Andruzinski** em: 22/03/2023 14:46. Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021. A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço: **https://www.eprotocolo.pr.gov.br/spiweb/validarDocumento** com o código: **c06fa48f7da06fe8d3c5707915e49c31**.

Digitalizado com CamScanner