

**PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**APÊNDICE A – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – Laqueadura Tubária na Atenção Primária à Saúde**

Unidade Básica de Saúde \_\_\_\_\_

**Consulta com Enfermeiro (a) na Unidade Básica de Saúde**

Declaro que \_\_\_\_\_ e seu (sua) parceiro (a) \_\_\_\_\_ participaram de orientação no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_, obtendo **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis**, no Programa de Planejamento Familiar, optando pelo procedimento de esterilização cirúrgica que é **considerado irreversível**.

- ( ) Possui comprovadamente \_\_\_\_ anos (mais de 25 anos) e/ou  
( ) Possui comprovadamente \_\_\_\_ filhos (mínimo 2 filhos vivos).

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) – COREN / SC

**Consulta com Médico (a) na Unidade Básica de Saúde**

Após atendimento da cliente realizado no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ e avaliação clínica quanto à presença, infecções locais, Infecção Sexualmente Transmissível - IST atual, possibilidade de gestação ou infecção sistêmica; bem a como indicação do procedimento por Risco a vida caso haja uma nova gestação ou condição de Vulnerabilidade social ou o seguinte parecer e encaminhamento:

- ( ) O usuário **não está apto** à indicação de esterilização cirúrgica.  
( ) O usuário **está apto**, mediante livre consentimento, a indicação de esterilização cirúrgica.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Médico (a) – CRM / SC

**IMPORTANTE:** Na vigência de união estável ou casamento, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos. Caso contrário, nos espaços destinados a assinatura do parceiro, escrever “Não se aplica”.



**APÊNDICE B1 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (1ª Via – Hospital)**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG \_\_\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, Cartão Nacional do SUS \_\_\_\_\_, venho por meio deste TERMO, solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – LAQUEADURA TUBÁRIA.

Informo que fui esclarecida por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, orientações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informada sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis.
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão.
3. Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica.
4. Devo aguardar, pelo menos, 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento.
5. Não se pode realizar a Laqueadura Tubária (LT) nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de risco a vida comprovados.
6. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, infecções.
7. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Laqueadura Tubária (LT) pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
8. Fui informada de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço.
9. Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
10. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogada, alcoolizada ou emocionalmente alterada.

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Parceiro (a)

\_\_\_\_\_  
RG Nº

\_\_\_\_\_  
RG Nº

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.



**APÊNDICE B2 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (2ª via – Usuário)**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG \_\_\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, Cartão Nacional do SUS \_\_\_\_\_, venho por meio deste TERMO, solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina – LAQUEADURA TUBÁRIA.

Informo que fui esclarecida por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, orientações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informada sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis.
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão.
3. Fui alertada sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica.
4. Devo aguardar, pelo menos, 60 dias a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento.
5. Não se pode realizar a laqueadura tubária (LT) nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de risco a vida comprovados.
6. Fui informada das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardio-respiratória, morte, hemorragias, infecções.
7. Fui informada de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a Laqueadura Tubária (LT) pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
8. Fui informada de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço.
9. Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
10. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogada, alcoolizada ou emocionalmente alterada.

**CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Requerente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Parceiro (a)

\_\_\_\_\_  
RG Nº

\_\_\_\_\_  
RG Nº

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.



---

**DOCUMENTAÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA  
FEMININA – LAQUEADURA TUBÁRIA**

**APÊNDICE C – Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,  
RG \_\_\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
Cartão Nacional do SUS \_\_\_\_\_, declaro para fins de Esterilização  
Cirúrgica Voluntária e Eletiva Feminina: LAQUEADURA TUBÁRIA, que não me encontro em  
sociedade conjugal – casamento ou união estável na presente data.

---

Assinatura do Requerente

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

---

**DOCUMENTAÇÃO PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA  
FEMININA – LAQUEADURA TUBÁRIA**

**APÊNDICE D – Conferência de Documentação Necessária**

**Documentação obrigatória:**

- ( ) Comprovação de participação da orientação de Planejamento Familiar;
- ( ) Parecer médico da UBS quanto a aptidão do usuária e critérios estabelecidos;
- ( ) Termo de Solicitação e Informação assinado pela requerente e parceiro (quando houver);
- ( ) Comprovante de residência (cópia anexa);
- ( ) RG do requerente (cópia anexa com foto visível);
- ( ) Certidão de Nascimento dos filhos (cópia anexa);
- ( ) Cópia do Cartão SUS do requerente (cópia anexa);

**Documentação para situações específicas:**

- ( ) Declaração da requerente informando que não se encontra em sociedade conjugal – casamento ou união estável (apenas para mulheres sem companheiro(a));
- ( ) Laudo Médico assinado pelo Especialista que indicou a LT e o médico da Atenção Primária quando houver **Risco de Vida à Mulher** ou **ao Concepto** devido a uma condição patológica.

---

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) Conferente  
COREN / SC

Joinville, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.



**ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária e Vasectomia**

**1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Nome / Razão Social:		
Endereço:	Bairro:	CEP:
CGC / CNPJ:	Data:	

**2 DADOS DO PACIENTE**

Nome do (a) paciente:		
Data de nascimento:	Sexo: ( ) F ( ) M	Nº de filhos:
Logradouro:		Nº:
Complemento:	Bairro:	CEP:
Município (Código IBGE): <b>4209102</b>	Nome do município: <b>Joinville</b>	UF: <b>SC</b>

**3 GRAU DE INSTRUÇÃO**

<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Ensino médio completo
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo	<input type="checkbox"/> Ensino superior completo
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> Pós-graduação

Documentação completa presente no prontuário: ( ) **SIM** ( ) **NÃO**

CID-10: \_\_\_\_\_ (Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro concepto)

**4 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE**

**ORIENTA:**

Métodos Naturais: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**OFERECE:**

Métodos de Barreira	Métodos Hormonais	Dispositivo Intrauterino (DIU)
<input type="checkbox"/> Preservativo Masculino	<input type="checkbox"/> Hormonal Oral Combinado	<input type="checkbox"/> Hormonal
<input type="checkbox"/> Preservativo Feminino	<input type="checkbox"/> Minipílula	<input type="checkbox"/> De Cobre
<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> Hormonal Injetável Mensal	
	<input type="checkbox"/> Hormonal Injetável Trimestral	
	<input type="checkbox"/> Anticoncepção de Emergência	

**5 DADOS DA INTERNAÇÃO**

____/____/____ Data da Internação
--------------------------------------

____/____/____ Data da Alta
--------------------------------

_____ Médico Responsável
-----------------------------

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Preenchimento / Carimbo

**IMPORTANTE:** Digitalizar e enviar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica:  
[notificalaqueadura@gmail.com](mailto:notificalaqueadura@gmail.com)