

SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



SGD: 2025/30559/232180

Palmas, 29/07/2025.

NOTA TÉCNICA - 8/2025/SES/GASEC

Autores: Adriana Brito Costa Conceição/ Celeste Moreira Barbosa/ Cleidimar Rodrigues Soares de Abreu/ Denise Teixeira de Oliveira/ Eliana Dias Pereira/ Karen Carolinne Xavier Gonçalves/ Lindalva Ferreira da Silva/ / Mayra Irineu de Carvalho/ Silvio Marcos de Oliveira Lira/ Sylmara Guida Correia Glória

1. ASSUNTO: Orientações Atualizadas sobre Laqueadura e Vasectomia no Serviço Público de Saúde do Tocantins — Conforme Lei Nº 14.443/2022, que altera a Lei Nº 9.263/1996, trata do planejamento familiar.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO:

A Lei Nº 14.443/2022, que altera a Lei Nº 9.263/1996, trata do planejamento familiar no Brasil e estabelece novas regras para a realização de procedimentos de esterilização voluntária, como laqueadura e vasectomia.

Os Principais pontos da Lei Nº 14.443/2022 são:

- Idade mínima:

A idade mínima para a realização de procedimentos de esterilização voluntária foi reduzida de **25 para 21 anos**, ou para quem já tem **dois ou mais filhos vivos**.

- Consentimento do cônjuge:

Não é mais necessário o consentimento do cônjuge para a realização de laqueadura (mulheres) ou vasectomia (homens).

- A nova Lei de Planejamento Familiar (Lei Nº 14.443/2022), que alterou a Lei Nº 9.263/96, permite que a mulher também realize a laqueadura durante o período de parto.
- Prazo:

A Lei estabelece um prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento, para que a pessoa tenha tempo para refletir sobre sua decisão.

- Acesso a informações:

A Lei garante o acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimária Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



disponíveis para a regulação da fecundidade.

- Aconselhamento:

O texto da Lei prevê que a pessoa interessada deve passar por uma consulta com um profissional de saúde e ser acompanhada por um período mínimo de 60 dias antes do procedimento, com acesso a aconselhamento de equipe multiprofissional.

Condições Médicas: A realização da laqueadura no parto ou de maneira eletiva também depende das devidas condições médicas, ou seja, a equipe de saúde avaliará se não há contraindicações ou riscos adicionais para a mulher naquele momento.

3. DOS CRITÉRIOS PARA A ELEGIBILIDADE:

Ter idade mínima de 21 anos **OU** dois ou mais filhos vivos;

Prazo mínimo de **60 dias** entre a manifestação da vontade (solicitação) e a realização do ato cirúrgico. Durante esse período, a pessoa interessada deve ter acesso a um serviço de regulação da fecundidade, que inclui aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando garantir uma decisão consciente e desestimular a esterilização precoce;

Informação e **Consentimento:** O profissional de saúde deve garantir que o paciente compreenda completamente todas as informações sobre o procedimento, incluindo vantagens, desvantagens, riscos, eficácia e a natureza irreversível da cirurgia. O paciente deve registrar sua manifestação de vontade em documentos escrito e firmado (disponível em anexos).

4. PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ACONSELHAMENTO DA MULHER OU HOMEM:

A equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial no aconselhamento de mulheres e homens que desejam realizar a laqueadura (ligadura tubária) ou a vasectomia, procedimentos de





esterilização cirúrgica. Esse aconselhamento deve ser **completo, imparcial e focado na autonomia reprodutiva** do indivíduo.

A equipe multiprofissional da APS é a **porta de entrada** para o planejamento reprodutivo e atua como um pilar fundamental no **aconselhamento ético e humanizado** da laqueadura e vasectomia, garantindo que a decisão pela esterilização cirúrgica seja um exercício pleno da **autonomia reprodutiva e dos direitos sexuais** de mulheres e homens.

O objetivo principal da equipe é garantir que a decisão seja **informada, voluntária e livre de qualquer tipo de pressão**. Para isso, os profissionais da APS (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) devem atuar em conjunto, abordando diversos aspectos como:

4.1. Fornecimento de Informações Abrangentes

- **Tipos de Procedimentos:** Explicar detalhadamente como a laqueadura e a vasectomia são realizadas, os riscos e benefícios de cada um, e as taxas de sucesso e reversibilidade (que são baixas para ambos).
- **Métodos Contraceptivos Alternativos:** Apresentar todas as outras opções de métodos contraceptivos disponíveis, sejam eles reversíveis de curta ou longa duração (como DIU hormonal e de cobre, implantes, pílulas, injeções, preservativos), para que a pessoa possa comparar e ter certeza de que a esterilização é a melhor escolha para ela. Enfatizar sobre a importância do uso de preservativos na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).
- **Aspectos Legais:** Informar sobre a legislação vigente no Brasil que regulamenta a esterilização voluntária (Lei Nº 9.263/96, alterada pela Lei Nº 14.443/2022), incluindo os requisitos de idade mínima (maiores de 21 anos **OU** ter pelo menos 2 filhos vivos), o prazo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização da cirurgia.
- **Consequências a Longo Prazo:** Abordar as implicações permanentes da cirurgia, especialmente no que diz respeito à dificuldade de ter filhos de forma natural. Discutir sobre arrependimento futuro e a importância de considerar todas as variáveis da vida (mudanças de relacionamento, perdas de filhos, etc.).

4.2. Avaliação Psicossocial e Emocional

- **Apoio Psicológico:** O psicólogo da equipe pode auxiliar na exploração

SES/SPAS/DAP/GAECF

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4562
www.to.gov.br/saude/





das motivações para a cirurgia, medos, expectativas e possíveis arrependimentos. É fundamental investigar se a decisão é genuína e se a pessoa está emocionalmente preparada para um procedimento irreversível.

- **Discussão de Expectativas:** Ajudar a pessoa a refletir sobre como a cirurgia pode impactar sua vida pessoal, relacionamentos e planejamento familiar.
- **Detecção de Pressões Externas:** Identificar qualquer sinal de coerção por parte do cônjuge, familiares ou pressões sociais que possam estar influenciando a decisão. Nesses casos, o papel da equipe é proteger a autonomia do indivíduo.

4.3. Esclarecimento de Dúvidas e Mitos

- **Mitos Comuns:** Desmistificar informações equivocadas sobre os procedimentos, como a ideia de que a laqueadura ou vasectomia afetam o desejo sexual, o prazer, a menstruação ou a produção hormonal.
- **Canais de Dúvidas:** Manter um canal aberto para que a pessoa possa tirar todas as suas dúvidas ao longo do processo de aconselhamento.

4.4. Acompanhamento e Encaminhamento

- **Monitoramento da Decisão:** Acompanhar a pessoa durante o período de 60 dias de reflexão obrigatório por lei, oferecendo suporte e espaço para novas discussões, caso necessário.
- **Encaminhamento para o Especialista:** Após o aconselhamento completo e a confirmação da decisão informada e voluntária, a equipe da APS realiza o encaminhamento para o serviço de ginecologia/obstetrícia (para laqueadura) ou urologia (para vasectomia) para a realização da cirurgia.
- **Apoio Pós-Cirúrgico:** Oferecer suporte e acompanhamento no pós-operatório, abordando possíveis dúvidas ou dificuldades que possam surgir.

5. DOS CRITÉRIOS PARA O FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DA MULHER OU HOMEM A CIRURGIA ELETIVA (Laqueaduras e Vasectomias)

- Atendimento e orientação com a equipe multiprofissional na Unidade Básica de Saúde (UBS) e Assinatura do Termo de Consentimento 60 dias anterior à cirurgia;
- O estabelecimento UBS deve solicitar no sistema oficial de regulação consulta especializada de acordo com a subespecialidade para

SES/SPAS/DAP/GAECF

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4562
www.to.gov.br/saude/

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimária Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180

SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



avaliação pré- cirúrgica no estabelecimento executor.

- A solicitação e a execução de exames pré-cirúrgicos será conforme pactuação em PPI vigente e a disponibilidade de oferta, podendo ser municipal ou estadual.

5.1. Dos critérios de cancelamento nas filas eletivas cirúrgicas pela Central de Regulação Estadual

A solicitação poderá ser indeferida ou cancelada nos seguintes casos:

- Ausência de critérios mínimos de elegibilidade definidos em legislação vigente;
- Incompletude ou inconsistência nas informações inseridas no sistema de regulação;
- Falta de documentos obrigatórios (relatório médico, termo de consentimento, exames necessários);
- Solicitações duplicadas ou feitas por profissionais não habilitados;
- Casos em que houver contraindicação clínica à realização do procedimento, conforme avaliação especializada.

6. Hospitais que Realizam Cirurgias de Esterilização Cirúrgica (Laqueaduras e Vasectomias)

Atualmente existem 22 (vinte e dois) Hospitais credenciados para a realização de procedimento de esterilização cirúrgica no estado do Tocantins, sendo eles:

Macrorregião de Saúde Norte: Hospital Regional de Pedro Afonso Leôncio de Sousa Miranda; Hospital Regional de Augustinópolis; Hospital Regional Maternidade Irma Rita de Arapoema; Hospital Regional de Araguaína; Hospital Regional de Xambioá; Hospital Regional de Guaraí e Hospital Municipal de Colinas.

Macrorregião de Saúde Centro Sul: Hospital Municipal Antonio Pires (Peixe); Hospital Regional Tertuliano C. Lustosa de Araguaçu; Hospital Municipal Herminio Azevedo Soares; Hospital de Pequeno Porte de Divinópolis; Hospital Regional de Paraíso Dr. Alfredo Barros; Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos de Palmas; Hospital Municipal Dr. Antonio Carlos de França Neto; Hospital Regional de Miracema; Hospital Regional de Dianópolis; Hospital Regional de Gurupi; Hospital geral de Palmas Dr. Francisco Ayres; Hospital Regional de Porto Nacional; Hospital Regional de Arraias; Hospital de Pequeno Porte de Alvorada e Hospital de Pequeno Porte Nestor da Silva Aguiar de Pium-TO.

SES/SPAS/DAP/GAECF

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4562
www.to.gov.br/saude/

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimária Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



6.1 DOS CRITÉRIOS PARA O FLUXO DE ENCAMINHAMENTO DA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA EM MULHER DURANTE O PERÍODO DE PARTO

- Atendimento e orientação com a equipe multiprofissional na UBS e Assinatura do Termo de Consentimento 60 dias anterior à cirurgia;
- O estabelecimento UBS deverá realizar a Vinculação da Gestante ao serviço hospitalar de referência;
- Equipe especializada deverá avaliar as condições médicas: A realização da laqueadura no parto também depende das devidas condições médicas, ou seja, a equipe de saúde avaliará se não há contraindicações ou riscos adicionais para a mulher naquele momento.
- Ao manifestar o desejo de realizar a esterilização, a paciente deve ser orientada e avaliada em consulta médica, com emissão de relatório contendo diagnóstico, justificativa clínica e documentação necessária. A solicitação deve ser devidamente cadastrada no sistema de regulação e será analisada por médico regulador, que verificará se todos os critérios legais e clínicos foram atendidos.
- Sobre a classificação de risco: embora se trate de um procedimento eletivo de baixa complexidade e baixo risco, a priorização poderá ser ajustada conforme o contexto clínico da paciente, especialmente nos casos em que haja comorbidades, vulnerabilidades sociais ou risco de agravamento do quadro de saúde. O regulador poderá, nesses casos, alterar a classificação de prioridade, garantindo o acesso em tempo oportuno.

Ressalta-se que as recomendações contidas nessa Nota Técnica poderão ser revisadas, conforme alterações das normas vigentes.

Solicita-se apoio quanto à ampla divulgação deste documento junto aos profissionais de saúde de seu município/instituição.

Assinatura Digital

SILVIO MARCOS DE OLIVEIRA LIRA

Gerente de Áreas Estratégicas para os Cuidados Primários

Assinatura Digital

CLEIDIMAR RODRIGUES SOARES DE ABREU

Diretora de Atenção Primária

SES/SPAS/DAP/GAECF

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4562
www.to.gov.br/saude/

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimaria Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



Assinatura Digital

SYLMARA GUIDA CORREIA GLÓRIA

Diretora de Atenção Especializada

Assinatura Digital

CELESTE MOREIRA BARBOSA

Diretora de Regulação

Assinatura Digital

VICTOR FERREIRA DINIZ

Diretor de Apoio a Gestão Hospitalar

Assinatura Digital

JUCIMÁRIA DANTAS GALVÃO

Superintendente de Atenção à Saúde

Assinatura Digital

LUDMILA NUNES MOREIRA BARBOSA MOURÃO

Superintendente de Unidades Hospitalares Próprias

Assinatura Digital

CARLOS FELINTO JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

SES/SPAS/DAP/GAECF

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4562

www.to.gov.br/saude/

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimaria Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva.pdf
Acesso em: 27 jun. 2025.

BRASIL. Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. *Diário Oficial da União*: seção 1, ed. 169, p. 5, 2 set. 2022. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14443-2-setembro-2022-793189-publicacaooriginal-166038-pl.html> Acesso em: 27 jun. 2025.

SES/SPAS/DAP/GAECF

Praça dos Girassóis, Esplanada das Secretarias, S/N Palmas – Tocantins – CEP: 77.015-007 Tel.: +55 63 3027-4562
www.to.gov.br/saude/

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimária Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180

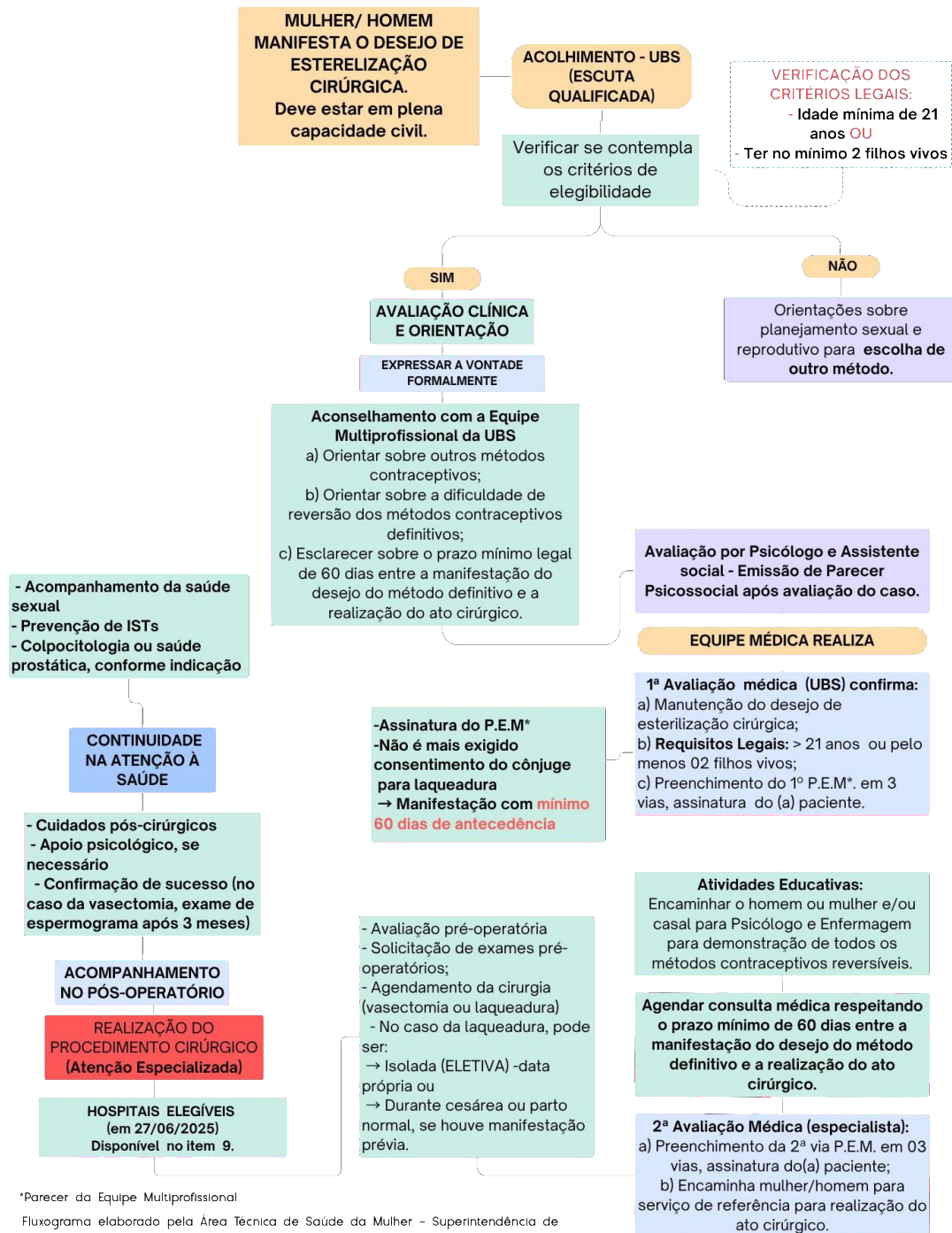




ANEXO I:

FLUXOGRAMA : Laqueadura e Vasectomia

atualizado conforme a Lei nº 14. 443, de 02 de Setembro de 2022.



*Parecer da Equipe Multiprofissional

Fluxograma elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher - Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde / SES-TO, em junho de 2025.

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimária Dantas Galvão EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180



SECRETARIA DA
SAÚDETOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO II:

PARECER EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE DESEJO DE REALIZAÇÃO DE
LAQUEADURA TUBÁRIA E/OU VASECTOMIA

Psicólogo (a):
Assistente Social:

DOCUMENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E/OU
VASECTOMIA

Parecer multiprofissional do Serviço de Planejamento Reprodutivo ao solicitante:

ATESTO QUE :

Nome do Paciente:

Data de Nascimento: ___/___/___

Local:

Data: ___/___/___ é

contemplada pela Lei Nº 14.443 de 02 de setembro de 2022, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que determina que em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos**, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce. Manifestando o desejo de realizar Laqueadura tubária, tendo sido encaminhada ao **Aconselhamento com a Equipe Multiprofissional do Planejamento Reprodutivo onde recebeu:**

- Orientação sobre outros Métodos Contraceptivos;
- Orientação sobre a dificuldade de Reversão dos Métodos Contraceptivos Definitivos;
- Esclarecimento sobre o prazo mínimo legal de 60 dias entre a manifestação do desejo do método definitivo e a realização do ato cirúrgico.
- Avaliação e aconselhamento por Psicólogo (a) e Assistente Social, do serviço de Planejamento Reprodutivo;

E que após tal aconselhamento permanece manifestando o desejo pela Esterilização definitiva; Diante do exposto emitimos parecer à realização de Laqueadura Tubária e/ou Vasectomia:

() Favorável

() Desfavorável,

justificativa: _____

Assinatura Psicóloga (o) (CRP)

Assinatura Assistente Social (CRAS)

Assinatura da (o) paciente



SECRETARIA DA
SAÚDETOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO

1º PARECER MÉDICO BASEADO NA AVALIAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE DESEJO DE REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E/OU VASECTOMIA

Psicólogo (a):
Assistente Social:
Médico Serviço de Planejamento Reprodutivo:

DOCUMENTAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Parecer médico do serviço de atenção primária solicitante:

ATESTO QUE:

Nome da Paciente: _____

Data _____ de _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ é

contemplada **pela Lei Nº 14.443 de 02 de setembro de 2022**, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que determina que em homens e mulheres com capacidade civil plena e **maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos**, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce. Manifestando o desejo de realizar Laqueadura tubária, tendo sido encaminhada ao **Aconselhamento com a Equipe Multiprofissional do Planejamento Reprodutivo onde recebeu:**

- Orientação sobre outros Métodos Contraceptivos;
- Orientação sobre a dificuldade de Reversão dos Métodos Contraceptivos Definitivos;
- Esclarecimento sobre o prazo mínimo legal de 60 dias entre a manifestação do desejo do método definitivo e a realização do ato cirúrgico.
- Avaliação e aconselhamento por Psicólogo (a) e Assistente Social, do serviço de Planejamento Reprodutivo;

E que após tal aconselhamento permanece manifestando o desejo pela Esterilização definitiva; Diante do exposto emito primeiro parecer médico a realização de Laqueadura Tubária e/ou Vasectomia:

() Favorável

() Desfavorável,

justificativa: _____

Assinatura do médico (a) e carimbo

Assinatura do paciente



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA

Eu _____, portador da cédula de identidade RG _____, idade _____ anos, ciente dos esclarecimentos prestados pela EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO manifesto o desejo de ser submetida à laqueadura tubária por minha livre e espontânea vontade. Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Lei Nº 14.443 de 02 de setembro de 2022, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia, sendo as disponibilizadas pelo serviço de Planejamento Reprodutivo: Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita de anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia.
- **Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe do paciente ou do médico;**
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada paciente.
- Compreendo que, caso eu esteja gestante, mesmo que o processo esteja concluído, a realização da laqueadura no momento do parto também depende das devidas condições clínicas e, portanto, a equipe especializada avaliará se não há contraindicações ou riscos adicionais, podendo suspender o ato cirúrgico até que as minhas condições clínicas sejam adequadas.
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas é de difícil realização e tem baixo índice de sucesso;**
- As complicações que poderão surgir são: Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras) bem como Graves e excepcionais (eventração, apnéia, trombozes, hematomas, pelviperitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos;
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Contracepção intra-uterina,

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: CARLOS FELINTO JÚNIOR EM 06/08/2025 16:28:36

ASSINADO POR LOGIN E SENHA POR: Jucimária Dantas Galvao EM 01/08/2025 12:36:57

EXISTEM MAIS 6 SIGNATÁRIOS, NA PÁGINA DE ASSINATURA

Verifique a autenticidade deste documento em <https://sgd.to.gov.br/verificador> informando o código: 17C85FCD0216E4AA | SGD:2025/30559/232180



SECRETARIA DA
SAÚDE

TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO



Métodos naturais;

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento;

- **Nestas condições CONSENTO que se realize a LAQUEADURA TUBÁRIA proposta;**

- Declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar
- Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto;
- Tenho ciência, conforme disposto na Lei: **Nº 14.443 de 02 de setembro de 2022**, que altera a Lei nº **9.263, de 12 de janeiro de 1996**, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal, e a terceira, encaminhada aos órgãos governamentais de controle. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

_____, ____/____/____

Assinatura do paciente



REGISTROS DE ASSINATURAS ELETRÔNICAS

O arquivo 9647754202572912341603_nota_tecnica_laqueadura_e_vasectomia_correcoes.pdf do documento **2025/30559/232180** foi assinado pelos signatários.

DADOS DO SIGNATÁRIO	DADOS DA ASSINATURA
CARLOS FELINTO JÚNIOR	06/08/2025 16:28:36 Assinado por LOGIN E SENHA por: CARLOS FELINTO JÚNIOR
JUCIMARIA DANTAS GALVAO	01/08/2025 12:36:57 Assinado por LOGIN E SENHA por: Jucimaria Dantas Galvao
LUDMILA NUNES M BARBOSA MOURÃO	01/08/2025 09:35:51 Assinado por LOGIN E SENHA por: LUDMILA NUNES M BARBOSA MOURÃO
SYLMARA GUIDA CORREIA GLÓRIA	01/08/2025 09:03:13 Assinado por LOGIN E SENHA por: SYLMARA GUIDA CORREIA GLÓRIA
VICTOR FERREIRA DINIZ	30/07/2025 12:19:58 Assinado por LOGIN E SENHA por: Victor Ferreira Diniz
CELESTE MOREIRA BARBOSA DANTAS	30/07/2025 11:06:46 Assinado por LOGIN E SENHA por: CELESTE MOREIRA BARBOSA DANTAS
CLEIDIMAR RODRIGUES SOARES DE ABREU	30/07/2025 09:41:14 Assinado por LOGIN E SENHA por: CLEIDIMAR RODRIGUES SOARES DE ABREU
SILVIO MARCOS OLIVEIRA LIRA	30/07/2025 09:18:32 Assinado por LOGIN E SENHA por: Silvio Marcos Oliveira Lira