



**Governo do Estado de São Paulo**  
Casa Civil  
Gabinete do Secretário da Casa Civil

**OFÍCIO**

**Número de Referência:** RI-011/2021

**Interessado:** Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

**Assunto:** Requerimento de informação 011/2021 - Deputado Altair Moraes

**Ofício nº 964/2021/ATeCC/CC**

**Ao Exmo. Senhor Deputado**

**LUIZ FERNANDO**

**1º Secretário**

**Mesa da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**

Senhor Deputado,

Com fundamento no artigo 20, inciso XVI da Constituição do Estado de São Paulo, encaminho as informações prestadas pela Secretaria da Saúde, em atendimento ao Requerimento acima citado, de autoria do Deputado Altair Moraes.

Atenciosamente,

São Paulo, 22 de junho de 2021.

**Cauê Macris**  
Secretário de Estado  
Gabinete do Secretário da Casa Civil

Classif. documental

006.01.10.003



CCOFI202100330A



**Governo do Estado de São Paulo**  
Secretaria da Saúde  
GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo

**OFÍCIO**

**Número de Referência:** RI n. 011/2021

**Interessado:** SIALE - Casa Civil

**Assunto:** Requerimento de Informação nº 011-2021 - Informações sobre os procedimentos e os documentos necessários para autorização de uso de hormônios e de realização de cirurgias em pacientes com diagnóstico de Incongruência de Gênero

**Ofício G. S. n 423/2021**

Excelentíssimo Senhor

**Dr. ANTONIO CARLOS RIZEQUE MALUFE**

DD. Respondendo pelo Expediente da Casa Civil.

**Senhor Secretário,**

Confirmando o recebimento da Mensagem Eletrônica (Processo ATL ? 011/2021), que encaminhou, para manifestação desta Secretaria de Estado da Saúde, o Requerimento de Informação ? 011, de 2021, de autoria do Deputado Altair Moraes, solicitando informações sobre os procedimentos e os documentos necessários para a autorização de uso de hormônios e de realização de cirurgias em pacientes com diagnósticos de incongruência de gênero.

Sobre o assunto, após consultar a Coordenadoria de Controle de Doenças, órgão técnico competente desta Pasta, tenho a informar o que segue:

1- Qual é modelo de termo de autorização/consentimento para uso de hormônios bloqueadores de puberdade em pacientes com diagnóstico de incongruência de gênero? E também eventuais anexos do documento.

O Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do CRT/DST/Aids não realiza terapia ou bloqueio hormonal na população de menores de 18 anos, conforme previsto na Portaria 2803. No Estado de São Paulo o ambulatório Antigos do IPQ - Instituto de Psiquiatria da FMUSP realiza este procedimento e o seguimento dessa população específica.

Classif. documental	006.01.10.003
---------------------	---------------



**Governo do Estado de São Paulo**

Secretaria da Saúde

**GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo**

2- Qual é modelo de termo de autorização/consentimento para uso de hormônios cruzados em pacientes com diagnóstico de incongruência de gênero? E também eventuais anexos do documento.

Os termos utilizados para terapia hormonal no ASITT do CRT-DST/Aids seguem em anexo.

3- Qual é modelo de termo de autorização/consentimento para cirurgias em pacientes com diagnóstico de incongruência de gênero? E também eventuais anexos do documento.

Os termos utilizados pelos Hospitais parceiros que realizam os procedimentos cirúrgicos para população transexual: Transgenitalização feminizante (Hospital Estadual Mário Covas) e mamoplastia masculinizadora (Hospital Estadual de Pedreira) estão em anexo.

4- Quais são os demais modelos de formulários, termos de autorização e consentimento eventualmente ofertados aos pacientes e seus responsáveis, todos com seus eventuais anexos.

Para realização de qualquer seguimento de equipe pelo Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, utiliza-se uma ficha de admissão institucional e registros em prontuário eletrônico SI4. - segue em anexo a ficha de admissão.

Na oportunidade renovo protestos de estima e consideração.

São Paulo, 01 de março de 2021.

**Eduardo Ribeiro Adriano**  
Secretário Executivo

**GABINETE DO SECRETÁRIO - Gabinete do Secretário Executivo**





## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS

### AMBULATÓRIO DE SAÚDE INTEGRAL PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

#### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

(Terapia hormonal com estrógenos e antiandrógenos)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-SP. Neste local conversei com a equipe multiprofissional sobre minha decisão de modificar meu corpo por meio de hormônios. Fui orientada sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Entendo que os hormônios podem causar modificações permanentes e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será definida pelo meio do uso de hormônios, pois já me sinto mulher desde \_\_\_\_\_ (tempo idade) e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física a minha identidade de gênero.

As informações que recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso das medicações estão descritas a seguir:

#### **Mudanças Permanentes - estas não desaparecerão ao interromper o uso de hormônio:**

1. desenvolvimento das mamas (atingirão seu tamanho máximo em até 2 anos)
2. diminuição dos testículos
3. diminuição da produção de testosterona (hormônio masculino) pelo testículo
4. diminuição do volume do esperma ou mesmo parada da ejaculação
5. diminuição da fertilidade (pode voltar ou não ao normal após interrupção do uso de hormônio) no entanto, se mantiver relações sexuais com mulher fértil

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – CEP: 04121-000  
Telefone: (11) 5087 9911



Assinado com senha por ALEXANDRE GONÇALVES - 17/02/2021 às 16:41:53.  
Autenticado com senha por ALEXANDRE GONÇALVES - 17/02/2021 às 16:41:35.  
Documento Nº: 13892250-9438 - consulta à autenticidade em  
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=13892250-9438>



SESDCI202125296



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS

pode ocorrer fecundação (gravidez). Caso não deseje esta situação, faz-se necessário o uso de métodos anticoncepcionais

6. dificuldade de ereção, com possível prejuízo de condição para penetração
7. diminuição da próstata

### **Mudanças Reversíveis – acontece somente enquanto estiver usando hormônios, mas desaparecem quando parar de tomar:**

Poderão ocorrer:

1. aparecimento de celulite
2. redistribuição da gordura corporal, com possibilidade de depósito de gordura nas coxas e quadris
3. ligeira redução dos pelos
4. afinamento da pele
5. diminuição da acne (espinhas)
6. diminuição da queda de cabelo
7. diminuição do suor e mudança no cheiro do corpo
8. diminuição da gordura no abdome
9. diminuição do desejo sexual
10. orgasmos menos intensos
11. aparecimento ou agravamento de depressão
12. agravamento de enxaquecas
13. aparecimento de náuseas e vômitos
14. aumento da pressão arterial
15. alteração na função do fígado

### **Não ocorrerão (nem com a retirada dos testículos):**

1. desaparecimento dos pelos
2. afinamento da voz
3. diminuição do pomo de Adão

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – CEP: 04121-000  
Telefone: (11) 5087 9911



SESDCI202125296



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS

**Riscos e complicações à saúde com a terapia hormonal** – o uso de hormônios aumenta a chance de ocorrer ou pode piorar estes problemas de saúde, caso apareçam no decorrer da hormonioterapia:

1. câncer de mama
2. trombose venosa profunda, embolia pulmonar
3. enfarto
4. derrame cerebral
5. osteoporose e fraturas ósseas
6. piora das taxas de colesterol e aumento nas taxas de triglicérides

Eu entendo que o uso de hormônios não impedirá a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), logo é necessário usar preservativo durante todas as relações sexuais para evitá-las.

Entendo também que, apesar da minha fertilidade estar diminuída, ainda assim posso engravidar uma mulher, se mantiver relações sexuais sem uso de método anticoncepcional.

Entendo que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito caso eu seja usuário de tabaco (cigarro). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhada a parar de fumar completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e/ou história (familiar ou pessoal) de trombose venosa.

Concordo em informar a equipe do Ambulatório sobre qualquer outro tratamento hormonal que decida realizar, assim como uso de ervas medicinais, drogas, suplementos alimentares ou medicações que por ventura venha a utilizar.

Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me diz respeito. Só assim será possível prevenir interações maléficas a minha saúde.

Fui informada continuarei a ser atendida pela equipe do ambulatório independentemente de qualquer informação que fornecer em relação aos procedimentos acima descritos.

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – CEP: 04121-000  
Telefone: (11) 5087 9911



Assinado com senha por ALEXANDRE GONÇALVES - 17/02/2021 às 16:41:53.  
Autenticado com senha por ALEXANDRE GONÇALVES - 17/02/2021 às 16:41:35.  
Documento Nº: 13892250-9438 - consulta à autenticidade em  
<https://www.documentos.spsempapel.sp.gov.br/sigaex/public/app/autenticar?n=13892250-9438>



SESDCI202125296



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS

Entendo que as pessoas (corpos) são diferentes, e que não há como prever como será a resposta individual à hormonioterapia. Assim sendo a dosagem prescrita para mim provavelmente não será a mesma indicada para outras pessoas.

Concordo em tomar hormônios **como prescrito e informar** à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter durante o tratamento.

Farei exames clínicos (?) e laboratoriais periodicamente, indicados pela equipe, para ter certeza de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o uso de hormônios.

Entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os hormônios sejam perigosos. Concordo que, se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições, serei avaliada **antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonioterapia**.

Entendo que eu posso escolher interromper o uso de hormônios em qualquer momento que desejar. Concordo e entendo que a equipe pode indicar a interrupção do tratamento por razões clínicas.

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

.....

São Paulo, de de 20 .

\_\_\_\_\_  
(Nome de registro e assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Nome social e assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico responsável)

Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana - São Paulo – CEP: 04121-000  
Telefone: (11) 5087 9911



SESDCI202125296

## AMBULATÓRIO DE SAÚDE INTEGRAL PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TESTOSTERONA)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente), declaro ter procurado espontaneamente o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento em DSTAIDS-SP., tive a oportunidade de ser atendido pela equipe multiprofissional que conversou comigo sobre a minha decisão de modificar meu corpo. Fui orientado sobre os diferentes procedimentos que podem ajudar na modificação corporal desejada e todas as minhas dúvidas foram devidamente esclarecidas.

Os hormônios podem causar modificações permanentes e outras reversíveis. Sei que a minha identidade de gênero não será dada pelo uso do hormônio pois já me sinto homem desde tempo (idade) e que os hormônios apenas ajudarão a adequar minha aparência física a minha identidade de gênero.

As informações que recebi da equipe sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso das medicações estão descritas a seguir:

#### **Principais alterações corporais**

- diminuição temporária ou permanente da fertilidade
- redistribuição de gordura com possibilidade de acúmulo na parte abdominal
- interrupção da menstruação
- aumento do clitóris
- atrofia vaginal
- mudança na voz
- aumento de sudorese e alteração do cheiro do corpo

**Mudanças Reversíveis – acontece somente enquanto estiver usando hormônios, mas desaparecem quando parar de tomar:**

1. - aumento da oleosidade da pele e aparecimento de acne
2. - crescimento de pelos corporais e na face
3. - aumento de massa muscular

#### **Mudanças Irreversíveis :**

Possibilidade de Calvície





### **Riscos e complicações à saúde com a terapia hormonal**

Eu entendo que o uso de testosterona pode aumentar meu risco :

1. De desenvolver câncer de mamas e útero
2. Desenvolver problemas cardio-vasculares
3. Possibilidade de lesão muscular, se eu praticar exercícios em excesso ( musculação ).

O uso de hormônios não impedirá a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), logo é necessário usar preservativo durante todas as relações sexuais para evitá-las.

Entendo que o risco de aparecimento de trombose aumenta muito caso eu seja usuário de tabaco (cigarro). Sei que o risco é tão alto que fui aconselhado a parar de fumar completamente, em especial se estiver com peso acima do normal e/ou história (familiar ou pessoal) de trombose venosa.

Concordo em informar a equipe do Ambulatório sobre qualquer outro tratamento hormonal que decida realizar, assim como uso de ervas medicinais, drogas, suplementos alimentares ou medicações que por ventura venha a utilizar.

Entendo que para desenvolver uma relação de confiança com a equipe é preciso fornecer informações verdadeiras em tudo o que me diz respeito. Só assim será possível prevenir interações danosas a minha saúde, tais como : aumento de colesterol, e sobrecarregar o fígado, portanto o abuso de bebidas alcoólicas é desaconselhado.

Fui informado que continuarei a ser atendido pela equipe do ambulatório independentemente de qualquer informação que fornecer em relação aos procedimentos acima descritos.

Entendo que as pessoas (corpos) são diferentes, e que não há como prever como será a resposta individual à hormonioterapia. Assim sendo a dosagem prescrita para mim provavelmente não será a mesma indicada para outras pessoas.

Concordo em tomar hormônios **como prescrito e informar** à equipe sobre quaisquer problemas, insatisfações ou alterações que eu possa ter durante o tratamento.

Farei exames físicos e laboratoriais periodicamente, indicados pela equipe, para ter certeza de que eu não estou tendo reações indesejáveis com o uso de hormônios.

Entendo que existem condições médicas que podem fazer com que os hormônios sejam perigosos. Concordo que, se a equipe suspeitar que eu tenha uma dessas condições, serei avaliado **antes da decisão de iniciar ou continuar a hormonioterapia**.



Entendo que eu posso escolher interromper o uso de hormônios em qualquer momento que desejar. Concordo e entendo que a equipe pode indicar a interrupção do tratamento por razões clínicas.

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

.....

São Paulo, de de 20 .

---

(Nome de registro e assinatura)

---

(Nome social e assinatura)

---

(Assinatura e carimbo do médico responsável)



# TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO – para cirurgia em geral

Eu, abaixo assinado, autorizo o(a) Dr(a) \_\_\_\_\_

realizar a cirurgia \_\_\_\_\_

como forma de tratamento para \_\_\_\_\_

A cirurgia planejada foi explicada pelo meu médico. Foi esclarecido quanto aos possíveis riscos associados à mesma, sendo estes:

- 1 Retenção urinária após a retirada do cateter vesical necessitando nova passagem de cateter para esvaziar bexiga
- 2 Possibilidade de infecção no sítio cirúrgico, deiscência dos pontos da sutura, requerendo futuro tratamento
- 3 Necessidade de transfusão de sangue antes, durante ou após a cirurgia
- 4 Possibilidade de Embolia Pulmonar / Trombose Venosa Profunda (coágulos de sangue oriundos das veias) clínicas, que impliquem em mudança nos riscos operatórios.
- 5 Possibilidade de suspensão da cirurgia imediatamente antes do seu início, ou mesmo já tendo se iniciado, devido às alterações clínicas.
- 6 Dor intensa no local da cirurgia requerendo o uso de medicamentos analgésicos potentes
- 7 Aparecimento de edema (inchaço) do local operado
- 8 Formação de coleções de sangue ao redor da fenda operatória (geralmente absorvida espontaneamente)
- 9 Risco de hemorragia durante ato cirúrgico ou após o término do mesmo, necessitando reabordagem cirúrgica do paciente.
- 10 Risco de cicatriz com formação de quelóide (cicatriz hipertrofica / grosseira).
- 11

Declaro estar ciente de que

- Na realização da cirurgia durante a anestesia, ou mesmo no pós-operatório, novas condições e complicações inesperadas, acarretando risco de lesão, perda de função e até mesmo morte.
- Na realização da cirurgia durante a anestesia, ou mesmo no pós-operatório, novas condições podem requerer procedimento adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento.
- A lista de riscos e complicações mencionadas neste formulário pode não conter todos os tipos atualmente conhecidos e possíveis nesta cirurgia, porém são os mais comuns.
- Antes da realização da cirurgia proposta, devo informar ao meu médico ou à equipe de saúde os meus problemas de saúde, tratamentos e cirurgias anteriores, além do uso de medicamentos e drogas lícitas e ilícitas, a fim de evitar possíveis complicações.

Assim, caso necessário, autorizo:

- 1 O médico ou a equipe de saúde executar outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional, sejam necessários e de esclarecimento diagnóstico e tratamento, tais como: outra cirurgia, exames e tratamentos complementares
- 2 Transfusões sanguíneas ou de hemocomponentes
- 3 A divulgação das informações contidas em meu prontuário, com finalidade científica e/ou acadêmica, pela instituição, desde que permaneça anônima

Certifico que este formulário me foi explicado, que o li ou que o mesmo foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Apesar de seu médico dar-lhe todas as informações necessárias, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento, partilhando a responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

Assim, eu e meu médico decidimos que a referida cirurgia é a melhor indicação de tratamento neste momento para meu quadro clínico.

Data: 16/02/2021 Hora: 11:39

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Ou \_\_\_\_\_

Nome do Responsável \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do médico **FELIPE CONTOLI ISOLDI**

CRM: 133820

Assinatura / Carimbo \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Nome da 1ª testemunha \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

**Dra. Marina B. Tessari**  
CRM 193011



## Ficha de Admissão no CRT-DST/Aids



**Nome Social** : como quer ser chamado(a) .....

**Nome de Registro** : .....

**Data de Nascimento** : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo designado ao nascer**: ( ) Masculino ( ) Feminino

**País onde nasceu**:.....**Estado onde nasceu**: .....

**Cidade onde nasceu**: .....

**Nome da Mãe** : .....

**Cor/etnia**: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

**Estado Civil** : ( ) Casado/amigado ( ) Viúvo ( ) Solteiro ( ) Desquitado/separado ( ) Não respondeu

**Religião**: ..... **Profissão/ocupação**: .....

**Escolaridade (em anos de estudos concluídos)**:

( ) Nenhuma ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto

( ) Médio completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-graduação

**CPF**: ..... **RG**: .....

**Cadastro Nacional de Saúde (CNS)**:.....

**Tem filho(s) menor(es) de 20 anos?** ( ) Sim ( ) Não

**Meios de contato**:

Mora na Rua/Avenida: .....

No. .... Complemento : ..... Bairro : .....

CEP : ..... Cidade : ..... Estado/País : .....

Tel celular (1) : ..... Tel celular (2) : .....

Tel. residencial: ..... Outros números próprios: .....

e-mail:.....

Permite contato? ( ) Sim ( ) Não Como deseja ser chamado(a)? .....

Telefones para recados / com quem?

**(Os próximos campos deverão ser preenchidos apenas pelo profissional solicitante do cadastro do usuário. Assinale todos os que se aplicam à atual condição do usuário)**

**TODAS as opções que forem assinaladas abaixo deverão corresponder a um “tipo de documento” da tela de cadastro**

( ) Homem Transexual ( ) Mulher Transexual ( ) Travesti ( ) Intersexo ( ) Cross dresser

**Tipos de acompanhamento do usuário no serviço (assinale TODOS os que se aplicam):**

( ) CTA ( ) Amb. DST ( ) Amb. Travestis/Transexuais ( ) HIV-CRT ( ) HIV-Externo

( ) Amb. Hepatites ( ) Pediatria ( ) Amb. exposição sexual ( ) Amb. exposição ocupacional

( ) Casa da Pesquisa

**Nome/carimbo do solicitante**: .....

**Data da solicitação**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



SESDCI202125335

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Para:

**Cirurgia de adequação genital do sexo masculino para o feminino (Transgenitalização ou Neocolpovulvoplastia)**

Eu, \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado,

reconheço que sou portador de uma afecção médica denominada transexualismo [Código Internacional de Doenças (CID F 64.0)] e que, tendo sido decidido pela equipe que me assiste que a cirurgia de adequação de meus genitais de masculinos para femininos (transgenitalização ou neocolpovulvoplastia) é uma parte importante do meu tratamento, autorizo a equipe cirúrgica do Dr XXXXXXXXX a realizar tal procedimento.

Declaro que a cirurgia me foi explicada pelo Dr XXXXXXXXX e que concordo com a retirada dos corpos cavernosos de meu pênis, assim como meus testículos, epidídimos e canais deferentes. Fui informado que a pele de meu pênis será usada para formar a cavidade vaginal e a glândula imitará o colo do útero. Adicionalmente, a pele do escroto formará a vulva e grandes lábios, mas não haverá uma estrutura que se assemelhe ao clitóris funcionalmente. Estou ciente que a uretra será necessariamente encurtada e relocada no vestíbulo vaginal a ser formado,

para permitir a micção (urinar). A princípio, a nova cavidade vaginal deve permitir a atividade sexual, dependendo da disponibilidade de pele peniana.

Fui informado sobre os seguintes aspectos:

**1. a cirurgia não poderá ser revertida, além de que passarei a ser estéril, implicando em perder a capacidade reprodutiva, como consequência do procedimento cirúrgico a ser realizado.**

**2.** os genitais podem não ficar com a configuração feminina perfeita.

**3.** a cirurgia tem riscos inerentes de:

- a. sangramento, hematoma (acúmulo de sangue) ou edema (inchaço) da área operada.
- b. infecção local.
- c. necrose (perda da vitalidade e morte) dos tecidos manipulados.
- d. lesão acidental do reto e da uretra.
- e. estenose cicatricial da vulva, vagina ou uretra.
- f. complicações cirúrgicas e anestésicas de outra natureza, de ocorrência rara, porém, associadas a todos os atos operatórios.
- g. dor local de intensidade e duração variável no período pós-operatório.
- h. dificuldade e mesmo impossibilidade de atingir o orgasmo.

**4.** Estou ciente de que é comum que outras cirurgias poderão ser necessárias para retoques cosméticos o reparo de sequelas e até para atingir os mesmos objetivos da cirurgia agora realizada.

**Estou ciente que a presente lista de riscos e complicações é incompleta, podendo ocorrer outras não mencionados neste formulário, inclusive no futuro.**

Autorizo os médicos a executarem todos os procedimentos que julgarem necessários para o sucesso da cirurgia e minha plena recuperação.

**CERTIFICO QUE ESTE FORMULÁRIO ME FOI LIDO E DEVIDAMENTE EXPLICADO, E QUE O COMPREENDI EM TODOS OS SEUS ITENS.**

Local e data: São Paulo, 14 de Junho de 2021.

Assinatura do paciente:

\_\_\_\_\_

Testemunha (RG).....

Testemunha(RG).....

