

Declaração de conhecimento de restrições para realização de esterilização voluntária e isenção de responsabilidade da operadora de plano de saúde.

O(A) beneficiário(a) que abaixo firma este termo, declara conhecimento de que somente é permitida a esterilização voluntária sob as seguintes condições:

- a) em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando a desencorajar a esterilização precoce;
- b) em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- c) a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio de histerectomia e ooforectomia;
- d) será obrigatório constar no prontuário médico o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;
- e) na vigência de sociedade conjugal, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- f) toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

É vedada a realização de esterilização cirúrgica em mulher:

- a) durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde.

b) através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização.

Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente. A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial.

A autorização para realização do procedimento está condicionada à apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;

O usuário declara que tem conhecimento de que a responsabilidade da operadora limita-se à cobertura dos procedimentos referidos, eximindo-a de quaisquer problemas decorrentes do insucesso da cirurgia, ou pelo não atendimento das normas legais por parte das instituições e respectivos profissionais que se disponham a realizá-los.

...../...../.....  
Cidade                      Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) beneficiário(a)  
Nome:  
RG:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cônjuge/convivente\*  
Nome:  
RG:  
CPF:

\* afirmar de próprio punho, se for o caso: “não há”

Declaro para as finalidades legais, que o(a) Sr(a) ..... cumpriu, sob minha responsabilidade, as orientações pertinentes a legislação para realização de procedimento de esterilização, bem como que se encontra anexo ao prontuário clínico do(a) mesmo(a), sob minha guarda, o termo de consentimento livre e esclarecido, estando disponível a comprovação dos mesmos conforme a resolução do CFM nº 1.614/2001.

Dr. \_\_\_\_\_

CRM/\_\_\_: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura médico assistente