Anexo I

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 21 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 concepto, 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) toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

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)

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