



Como ter acesso ao procedimento?

Conforme definido pela lei nº 14.443 de 02 setembro de 2022, para a realização do procedimento de Vasectomia, o cliente deverá observar os seguintes passos:

- Possuir plano de saúde empresarial ou individual, regulamentado de acordo com a Lei nº 9656/98 - Plano Regulamentado.

- Procurar o médico de sua escolha. Na consulta, o médico deverá orientar o cliente que manifestar interesse e para o qual haja indicação, para a realização do procedimento, sobre o método escolhido e as consequências decorrentes da esterilização. Deverá ainda orientá-lo a dirigir-se a uma das Unidades de Atendimento da Unimed de Araraquara, para verificação da cobertura contratual e retirada do “Kit” com a documentação necessária para a realização do procedimento, nos seguintes endereços:

- o Posto de Atendimento de Araraquara - Avenida Prudente de Moraes,1281 - Centro

- o Posto de Atendimento de Américo Brasiliense - Rua D.Pedro II,560 - Centro

- o Posto de Atendimento de Matão - Avenida Padre Nelson,455 - Centro o Posto de Atendimento de Taquaritinga - Av. Paulo Roberto Scandar, 426, Centro

- Após a verificação da cobertura contratual:

- o Clientes com cobertura: o atendimento deverá entregar o Kit ao cliente e solicitar que o mesmo preencha as duas vias do termo de ciência.

- o Clientes sem cobertura: o atendimento da Unimed informa ao cliente da não cobertura contratual e encerra o processo.

- Com o Kit em mãos, o cliente deverá retornar ao consultório do médico, para decisão sobre a realização ou não do procedimento, onde deverá preencher toda a documentação e sanar eventuais dúvidas existentes, como exemplo:

- o Quanto ao método de esterilização escolhido e suas consequências;

- o Os pré-requisitos indispensáveis para realização do procedimento;

- o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

- o Declaração de Conhecimento de Restrições para realização de Esterilização Voluntária e Isenção de responsabilidade da Operadora de Plano de Saúde;

- o O preenchimento dos formulários pelo cliente e assinaturas.

- Definido pelo procedimento, o médico fará a solicitação através da guia própria (guia TISS). O cliente deverá assinar os formulários, providenciar cópia dos documentos obrigatórios e entregá-los juntamente com a guia de solicitação do procedimento (guia TISS), em uma das unidades de Atendimento da Unimed, para análise da auditoria médica e autorização.

- Documentos obrigatórios: certidão de casamento/declaração de união estável/declaração de não conviver maritalmente, carteira de identidade do paciente e cônjuge e certidão de nascimento do(s) filho(s).

ATENÇÃO

1. **Conforme estabelecido na lei nº 14.443 de 02 setembro de 2022, a esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da Vasectomia poderá ser utilizada nas seguintes condições:**

a. Homens com capacidade civil plena;

b. Maiores de vinte e um anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos;

c. Observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;

d. Apresentação de documento escrito e assinado, 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;

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 (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, regulamentada na forma da Lei.

CIENTE

Estou ciente que o recebimento do “Kit” contendo os formulários para a realização do procedimento de Vasectomia, não resultará, necessariamente, na autorização para realização do mesmo.

_____, ____ De _____ De 20____.

Nome completo

Assinatura

1ª Via cliente / 2ª Via do médico