

	DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE RESTRIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE	DEC 004/00 AUT Implantação: 04/2015
--	--	---

Declaração do beneficiário

Considerando a obrigatoriedade de cobertura de procedimentos de esterilização decorrentes da publicação da RN 167 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS:

I - O beneficiário abaixo assinado declara que:

a) tem conhecimento da existência de Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta a sua submissão aos procedimentos de esterilização voluntária (Portaria nº 048 de 11 de fevereiro de 1999);

b) tem conhecimento das diretrizes traçadas no Anexo II da RN 167 da ANS;

II - Em razão de referidas normas, declara, especialmente, 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, a 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) Em caso de casais, 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.

III - 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



**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE
RESTRICÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE
ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E
ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

DEC 004/00
AUT
Implantação: 04/2015

saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos;

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

IV - 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.

V - A reversão da vasectomia ou da laqueadura só será coberta pelo plano de saúde nos casos em que o procedimento tiver trazido problemas de saúde ao paciente.

VI - 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 não atendimento das normas legais por parte das instituições e respectivos profissionais que se disponham a realizá-los ou de atos praticados com culpa ou dolo.

_____ / _____ / _____ / _____.

Local da Unimed executante e data

Assinatura do Beneficiário

Nome:

RG:

CPF:

Assinatura do Cônjuge

Nome:

RG:

CPF:



**DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE
RESTRICÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE
ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E
ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA
OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE**

DEC 004/00
AUT
Implantação: 04/2015

Declaração do médico assistente

Declaro para finalidades legais, que o 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 mesmo, sob minha guarda, os termos de consentimento
esclarecido e informado, e o consentimento expresso de ambos os cônjuges, estando disponível a
comprovação dos mesmos conforme a resolução do CFM nº 1.614/2001.

Dr. _____

CRM/SC _____

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Assinatura Médico Assistente

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34º. *É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.*

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.