

MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA - VASECTOMIA

Dr. Gumericino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed 
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

Nome do Beneficiário: _____

Identidade: _____ Cartão Unimed: _____

Eu, acima identificado, **DECLARO** para os devidos fins e sob as penas da lei, que fui orientado de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações, consequências e riscos da realização do procedimento cirúrgico denominado **vasectomia (ligadura do canal deferente)**, bem como tenho ciência dos requisitos médicos e legais para sua realização.

DECLARO que não tenho nenhum impedimento legal para a realização do procedimento acima identificado e que possuo capacidade civil plena.

DECLARO ter plena ciência que a vasectomia somente é permitida para os homens que possuam os seguintes requisitos: ser maior de 21 (vinte e um anos de idade) ou possuir, no mínimo, 02 (dois) filhos vivos.

DECLARO que possuo os requisitos acima e que estou plenamente habilitado para a realização da esterilização cirúrgica.

DECLARO ter ciência de que a realização de vasectomia é vedada nos seguintes casos:

- Durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados, incapacidade mental temporária ou permanente e devidamente registradas no parecer psicológico e/ou psiquiátrico;
- Em pessoas incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

ASSUMO, por meio desse instrumento, a responsabilidade pela decisão de não ter mais filhos e tenho plena ciência que, apesar de poder ser tentada, a reversão futura desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, tem menor índice de sucesso em readquirir fertilidade na dependência do tempo de interrupção do deferente.

Estou ciente que a Unimed Costa do Sol não cobrirá, **em nenhuma hipótese**, a recanalização do canal deferente.

DECLARO que fui orientado a respeito da técnica cirúrgica, estando ciente que a cirurgia é feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia caso a condição clínica o requeira.

DECLARO estar ciente das complicações inerentes ao procedimento cirúrgico de vasectomia que, embora raras, podem ocorrer: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção.

DECLARO ter ciência plena que, apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena possibilidade (1 em cada 2.000 operações) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um ducto para o outro, voltando a ser ejaculados, podendo o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez, motivo pelo qual eximimos a Unimed Costa do Sol de qualquer responsabilidade se tal fato vier a ocorrer.

OPR - 089/19 - Rev 04 | Atualizado em 16/03/2023 | Arquivar por tempo indeterminado, em caixas ou digitalizados, sob a responsabilidade da Autorização.

MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA - VASECTOMIA

Dr. Gumericino P. Faria Filho
Diretor Técnico Médico
CRM - RJ 5246804-6

Unimed 
Costa do Sol

www.unimed.coop.br/costadosol
Rua Euzébio de Queiroz, 454
27910-230 Centro, Macaé - RJ
T.(22) 2105-8000

DECLARO ter sido informado que o método não interfere na função sexual e nem causa impotência sexual ou disfunção erétil e que não se conhece, até o momento, nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.

DECLARO estar ciente que só posso retomar a atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia). Isto só ocorre, em geral, após uma média de 25 ejaculações, que é o mínimo necessário para “esvaziar” o trato genital que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.

DECLARO ter pleno entendimento que a presente manifestação de vontade ou autorização para a cirurgia de vasectomia não é um contrato ou garantia de sucesso no procedimento, portanto, absolvo, libero, protejo e isento a Unimed Costa do Sol de todos os casos de recanalização do canal deferente.

DECLARO também que fui orientado pelo médico assistente sobre a existência de outros métodos para controle da natalidade, com as vantagens e desvantagens de cada um e, mesmo assim, optei pela realização do procedimento cirúrgico de vasectomia.

DECLARO estar ciente que o prazo mínimo entre esta manifestação de vontade e o ato cirúrgico de vasectomia é de 60 (sessenta) dias.

Documentos a serem anexados:

- A presente manifestação de vontade devidamente assinada pelo beneficiário com firma reconhecida em cartório;
- Cópia da identidade do beneficiário;
- Cópia da certidão de nascimento de, pelo menos, dois filhos; caso o beneficiário apresente menos de 21 (vinte e um) anos de idade;

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, após esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeito com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de vasectomia solicitado, concordando com as condutas necessárias à realização desse procedimento.

Macaé, _____ de _____ de _____

Assinatura do beneficiário