	TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE RESTRIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE	TER.ESP.0052/02 Implantação: 09/2011 2ª Revisão: 07/2023 Classificação: RESTRITO
---	---	---


Eu, _____, inscrito no CPF sob nº _____, nascido na data de ____/____/____, **DECLARO** que procurei assistência médica para realização do procedimento de esterilização permanente (VASECTOMIA), **por livre e espontânea vontade, tendo o profissional prestado esclarecimentos** a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Contudo, **DECLARO** que mesmo após os referidos esclarecimentos **OPTEI** por realizar o procedimento de VASECTOMIA.

DECLARO ainda possuir conhecimento que o art. 10 da Lei 9.263/1996 dispõe somente ser permitida a esterilização voluntária nas seguintes hipóteses:

- I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022).
- II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

Dessa forma, **DECLARO EXPRESSAMENTE**, para fins do cumprimento da Diretriz de Utilização (DUT) da ANS, vigente na data de assinatura deste documento, que:

- ✓ Possuo capacidade civil plena, **sem qualquer** influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente que possa alterar minha capacidade de discernimento;
- ✓ () Sou maior de 21 anos de idade ou () tenho dois filhos vivos;
- ✓ Possuo ciência da necessidade de cumprimento do prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
- ✓ Obtive do médico assistente esclarecimentos a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes, conforme termo de consentimento assinado em consultório;

	TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO DE RESTRIÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE	TER.ESP.0052/02 Implantação: 09/2011 2ª Revisão: 07/2023 Classificação: RESTRITO
---	---	---

Por fim, DECLARO estar ciente que a responsabilidade da operadora limita-se à cobertura do procedimento em discussão, eximindo-a de quaisquer problemas decorrentes do não atendimento das normas legais por parte das instituições de saúde e respectivos profissionais que se disponham a realizá-lo ou de atos praticados com culpa ou dolo.

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário

Nome:

RG:

CPF:

Declaro para finalidades legais, que o Sr(a)....., nascido (a) em/...../..... cumpriu sob minha responsabilidade as exigências feitas pela legislação para realização de procedimento de esterilização, bem como que se encontra anexo ao prontuário clínico do paciente, sob minha guarda, os termos de consentimento esclarecido e informado, estando disponível para auditoria, conforme Resolução do CFM nº 1.614/2001.

Dr(a). _____

CRM/SC _____

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Assinatura Médico assistente