

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

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 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 02 (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 ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas 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 em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
- d. 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;
- e. 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;
- f. Na vigência de sociedade conjugal, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- g. 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), quando firmado 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.



www.unimedcd.coop.br
Rua Padre João Gualberto de Magalhães, 765
45820-645 Vivendas Costa Azul – Eunápolis/BA
T. 73 3281-8600

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.

_____, _____, de _____ de _____

Assinatura do(a) beneficiário(a)

Nome:
RG:
CPF:

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

