

## **DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DA CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)**

---

**CONSIDERANDO** as disposições da Lei Federal n. 9.263/1996 (alterada pela Lei n. 14.443/2022) que trata do planejamento familiar;

**CONSIDERANDO** as Diretrizes de Utilização constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;

**CONSIDERANDO** a necessidade de aperfeiçoar o fluxo de autorização baseados em critérios técnicos e contratuais.

A **Unimed Campina Grande** resolve disciplinar as seguintes condições para cobertura do procedimento denominado **CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA / LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA)** pelo plano de saúde.

1. O procedimento é de cobertura obrigatória pelos planos de saúde regulamentados, isto é, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, desde que preenchidas as Diretrizes de Utilização previstas na legislação.
2. Para os planos não regulamentados, contratados antes de 2 de janeiro de 1999, a cobertura dependerá de expressa previsão contratual.
3. Para a realização do procedimento, a beneficiária deverá ter cumprido o prazo de carência previsto no contrato.
4. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:
  - 4.1 Em casos de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos, ou quando preenchidos todos os critérios do Grupo I e nenhum dos critérios do Grupo II.

### GRUPO I

[https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consultor/rol/b\\_rol\\_2021\\_011.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consultor/rol/b_rol_2021_011.pdf)



- a. Mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade OU com, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos;
- b. seja observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, para os devidos aconselhamentos e informações.
- c. seja apresentado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado.

GRUPO II (Não é permitida a esterilização voluntária)

- a. durante os períodos de parto ou aborto, quando não observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
- b. através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- c. quando a manifestação de vontade expressa para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura) ocorrer durante alterações na capacidade de discernimento ou influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;  
em pessoas absolutamente incapazes, exceto mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

1. Preenchimento e assinatura do documento **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, com firma reconhecida.
2. Fotocópia autenticada do documento de identificação com foto, bem como de certidão de nascimento atualizada dos filhos.

[https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano\\_de\\_saude\\_e\\_Operadoras/Area\\_do\\_consumidor/rol/b\\_rol\\_2021\\_011.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/rol/b_rol_2021_011.pdf)

