

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome:			
Endereço:			Nº:
Bairro:	Complemento:		CEP:
Cidade:	UF:	Data de Nascimento:	
CPF:	RG:	Estado Civil:	
Data último parto ou aborto:	Nº Parto Normal:	Nº Cesárea:	
Nº Filhos vivos:		Idade Filhos vivos:	

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

Nome:		
CPF:	RG:	Data de Nascimento:

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome:		
CPF:	RG:	Estado Civil:
Grau de Parentesco:		
Nº Processo Judicial que autoriza a realização da cirurgia:		

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome:	
CRM:	Especialidade Médica: <input checked="" type="checkbox"/> Urologista () Ginecologista

DIRETRIZES PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA

Declaro, para os devidos fins, que o(a) Dr.(a) _____, livremente procurado(a) por mim, com a finalidade de realizar esterilização cirúrgica - laqueadura/vasectomia - dentro das diretrizes a seguir, conforme Resolução Normativa nº 387/2015 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e o que preceitua a lei nº 9.263/1996 "**Lei do Planejamento Familiar**" e a Portaria nº 48/1999 do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, esclareceu-me que:

Art.1. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres **com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco (25)anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta (60) 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, visando a desencorajar a esterilização precoce;

II - em caso de **risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito**, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§1º. É condição para que se realize a esterilização, o **registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado**, após a informação dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldade de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§2º. **É vedada a esterilização cirúrgica** em mulher 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 saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos. *(Texto retirado do § único do artigo 4º da portaria nº 48 do Ministério da Saúde).*

§3º. **Não será considerada a manifestação de vontade**, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§4º. A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§5º **Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.**

§6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art. 2. **É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.**

Art.3. **Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde**

Art 4. **Avaliação psicológica prévia da condição emocional e psicológica do paciente, nos casos de vasectomia.**

Art. 5. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no artigo 10 da lei do Planejamento Familiar nº 9.263/1996, está sujeito à pena de reclusão de dois a oito anos e multa, que será aumentada de um terço se for realizada:

- I - Durante o período de parto ou aborto.
- II - Com a manifestação da vontade do esterilizado expressa durante o uso de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental.
- III - Através de histerectomia ou ooforectomia.
- IV - Em pessoa incapaz, sem autorização judicial.
- V - Através de cesariana indicada para fim exclusivo de esterilização.

- A cirurgia de esterilização a ser realizada, consiste basicamente na interrupção da continuidade das Trompas de Falópio (na mulher) e dos Cordões Espermáticos (no homem), com o objetivo de evitar a gravidez.

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

- As complicações que poderão surgir, são:

- a) Intra-operatórias: hemorragias, lesões de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, etc.
- b) Pós-operatórias:
 - I. Leves e mais frequentes: seromas, hematomas, edemas, hemorragias, cistites, orquites, etc.
 - II. Graves e excepcionais: eventração, apnéia, trombose, perfurações de órgãos, etc.

- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis:

- a) Métodos de barreira
- b) Antececepção hormonal
- c) Contracepção intra-uterina (DIU)
- d) Métodos naturais

() Declaro que entendi as explicações que me foram prestadas pelo(a) médico(a) em linguagem clara e simples, esclarecendo todas as dúvidas que me ocorreram. Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar a manifestação que agora presto, antes que o procedimento cirúrgico seja realizado.

Por tal razão e nestas condições CONSENTO que se realize a ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA, nas condições indicadas.

_____, ____/____/____ - Horas: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável Legal

Assinatura Cônjuge

DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS

1. Manifestação de Vontade Expressa assinada pelo casal (**Autenticada em cartório**)
2. Declaração de Conhecimento assinada pelo casal e pelo médico solicitante
3. Protocolo de Avaliação Psicológica (**Somente para VASECTOMIA**)
4. Cópia da Certidão de Casamento, caso sejam casados no civil
5. Cópia do Documento de União Estável, caso sejam companheiros (**Autenticada em cartório**)
6. Cópia da Certidão de Nascimento dos filhos
7. Guia de Solicitação TISS

OBSERVAÇÕES

1. Conforme Declaração da ANS, a autorização dar-se-á sessenta (60) dias contados da data da autenticação do cartório desta Manifestação de Vontade Expressa.

ANS - nº 36044-9