

---

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 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 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, visando a desencorajar a esterilização precoce;

b) em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;

c) 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;

d) 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;

e) na vigência de sociedade conjugal, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;

f) toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

É vedada a realização de esterilização cirúrgica em mulher:

a) 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.

