

DECLARAÇÃO DE CONHECIMENTO E MANIFESTAÇÃO DE VONTADE

para fins de realização de esterilização cirúrgica

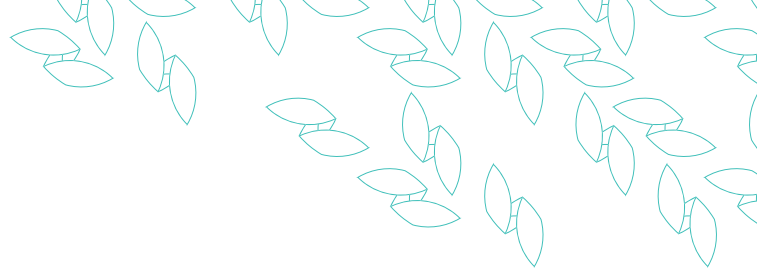
Na qualidade de beneficiário(a) do Plano de Assistência Médica - PAM da **CASEMBRAPA – Caixa de Assistência dos Empregados da Empresa de Pesquisa Agropecuária - EMBRAPA**, DECLARO ter pleno conhecimento e ACEITAR integralmente as condições estabelecidas pela Lei no. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, e da Resolução Normativa no. 167, de 9 de janeiro de 2008, que atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, cujo Anexo II dispõe sobre a cobertura obrigatória em casos de laqueadura tubária, laqueadura tubária laparoscópica e vasectomia, a saber:

1. A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo por meio da laqueadura tubária e vasectomia tem cobertura obrigatória em casos de:

- A.** Homens e mulheres com capacidade civil plena;
- B.** Maiores de 25 (vinte e cinco) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- C.** Observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- D.** Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- E.** 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;
- F.** Em caso de casais, tanto a vasectomia, quanto a laqueadura dependem do consentimento expresso de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- G.** Toda esterilização cirúrgica será objeto de

2. É vedada a realização de vasectomia e laqueadura tubária nos seguintes casos:

- A.** A esterilização cirúrgica em mulheres durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores;
- B.** A esterilização cirúrgica em mulher através de cesárea indicada para fim exclusivo de esterilização;
- C.** Não será considerada a manifestação de vontade expressa, para fins de esterilização cirúrgica (laqueadura e vasectomia) 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, regulamentada na forma da Lei.



Ciente quanto aos riscos, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes e as demais condições estabelecidas para que possa me submeter à intervenção cirúrgica com a finalidade de esterilização, firmo a presente Declaração de Conhecimento e Manifestação de Vontade.

_____, de _____ de _____
Local Data

Nome completo do Beneficiário
Assinatura com firma reconhecida
Estado civil (*solteira, casada, divorciada, separada ou convivente*)
RG no. ou CPF/MF

DE ACORDO (*no caso de casada ou convivente*):

Nome completo do cônjuge ou companheiro(a)
Assinatura com firma reconhecida
RG no. ou CPF/MF