

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 21 (vinte e um) anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; (Alterado pela RN nº 576/2023, a partir de 22/03/2023)
- 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 concepto, 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. seja realizado por profissional habilitado para proceder a sua reversão.

2. É VEDADA A REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA E LAQUEADURA TUBÁRIA NOS SEGUINTE 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.

Local

Data

Assinatura do Requerente

Nome completo do Beneficiário

Assinatura com firma reconhecida

Estado civil (solteira, casada, divorciada, separada ou convivente) RG no. ou CPF/MF

CNPJ: 08.097.092/0001-81 **Razão Social:** CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS EMPREGADOS DA EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA

Nº de Registro ou Código do Plano: 456.933/08-4

Nome comercial do Plano: Plano de Assistência da Embrapa

Data de Registro: 28/03/2008

Contratação: Coletivo Empresarial

Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

Abrangência Geográfica: Nacional