

CARTA DE ORIENTAÇÃO À BENEFICIÁRIA

CIRURGIA ESTERILIZADORA FEMININA – LAQUEADURA TUBÁRIA

Informamos que, de acordo com as diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Resolução Normativa 428, e baseado na lei nº 14.443 de 02 de setembro de 2022 do Ministério da Saúde, o presente documento registra a orientação dada pelo médico assistente à paciente, usuária do Plano de Assistência à Saúde – Eletros-Saúde, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização feminina (laqueadura tubária) proposto e solicitado, conforme legislação vigente, e reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrentes do ato médico em questão, bem como seu caráter irreversível. Este documento registra, também, a manifestação espontânea de vontade da usuária de ser submetida à Laqueadura tubária.

Ressaltamos que a esterilização voluntária somente é permitida nas seguintes situações:

- a. Mulheres com capacidade civil plena;
- b. Maiores de vinte e um anos de idade;
- c. A idade mínima (21 anos) não é exigida de quem tiver pelo menos 2 filhos vivos;
- d. Seja observado o prazo mínimo de **sessenta dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico de esterilização, registrado em cartório, para os devidos aconselhamentos e informações;
- e. Seja apresentado 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. É de responsabilidade do médico assistente, notificar toda esterilização cirúrgica à direção do Sistema Único de Saúde;
- g. A esterilização pode ser feita durante o período de parto, apresentando boas condições médicas.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que a paciente, a seguir identificada, foi por mim orientada, de acordo com as diretrizes estabelecidas na nova lei de planejamento familiar, de nº14.443 de 05/03/2022 do Ministério da Saúde. A paciente preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação.

Nome legível do médico

CRM

UF

Data: ___/___/___

Assinatura do Médico

DECLARAÇÃO DA PACIENTE – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE

Eu, abaixo assinado, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o Dr. (a).
_____, para ser submetida em
___/___/___ a uma operação de esterilização permanente, ou LAQUEADURA TUBÁRIA.
Antes da operação, me foi informado que:

1. A Laqueadura tubária é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade feminina, feita pela secção das trompas de falópio, interrompendo assim a chegada do espermatozóide ao óvulo.
2. Trata-se de uma operação feita sob anestesia.
3. As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas complicações ou outras não descritas, ou se ainda surgir qualquer dúvida ou problema, o médico responsável ou da respectiva equipe deve ser contactado imediatamente.
4. Apesar da Laqueadura ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia, existindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozoides, restabelecendo a fertilidade, com possibilidade de ocasionar gravidez.
5. Apesar da possibilidade de reversão da Laqueadura, a recanalização da trompa não possui cobertura pelo meu plano de saúde. Quanto maior o tempo de laqueadura, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.
6. O método não interfere no desempenho sexual.

Diante do exposto, eu _____ documento de Identidade
_____, idade _____ anos, estou ciente de todos os esclarecimentos que me foram
fornecidos e manifesto meu desejo em ser submetida à Laqueadura, por minha livre e
espontânea vontade.

Assinatura da paciente

Data: ___/___/___

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de
maneira satisfatória sobre a Laqueadura, o procedimento é de minha total responsabilidade. A
presente declaração é a mais pura manifestação expressa da minha vontade na realização da
esterilização permanente pelo procedimento de Laqueadura.

**Este documento deverá ser assinado, com firma reconhecida pela paciente, antes da
realização da cirurgia.**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (CÓPIAS):

- Carteira de Identidade;
- Certidões de nascimento dos filhos (Não é exigido comprovar idade mínima para quem tiver pelo menos 2 filhos vivos);
- Solicitação Médica;
- Declaração do Médico Assistente Assinada e Carimbada;
- Declaração da Paciente - Manifestação da Vontade com Assinatura Reconhecida em Cartório.

O prazo mínimo para a realização da cirurgia é de 60 (sessenta) dias a partir da data do registro em cartório da documentação acima.