

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

CIRURGIA ESTERILIZADORA MASCULINA – VASECTOMIA

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 ao paciente, usuário do Plano de Assistência à Saúde – Eletros-Saúde, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao procedimento de esterilização masculina (vasectomia) 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 do usuário de ser submetido à Vasectomia.

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

- a) Homens 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 existente;
- f) É de responsabilidade do médico assistente, notificar toda esterilização cirúrgica à direção do Sistema Único de Saúde.

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que o paciente, a seguir identificado, foi por mim orientado, de acordo com as diretrizes estabelecidas na nova lei de planejamento familiar de nº 14.443 de 05/03/2022 do Ministério da Saúde. O paciente preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação.

Nome legível do médico

CRM UF

Assinatura do médico

Data

DECLARAÇÃO DO PACIENTE – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE

Eu, abaixo assinado, procurei, por minha livre e espontânea vontade, o Dr. (a). _____, para ser submetido em ____/____/____ a uma operação de esterilização permanente, ou VASECTOMIA.

Antes da operação, me foi informado que:

1 – A Vasectomia é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, feita pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozóides para o líquido ejaculado.

2 – Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. Pode haver necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.

3 – As complicações, raras, que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), 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 Vasectomia ser um método de esterilização permanente, não possui 100% de eficácia existindo a possibilidade de recanalização espontânea (natural), permitindo a passagem dos espermatozóides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados, restabelecendo a fertilidade, com possibilidade de ocasionar gravidez.

5 – Apesar da possibilidade de reversão da Vasectomia, a recanalização do ducto deferente não possui cobertura pelo meu plano de saúde. Quanto maior o tempo de Interrupção do deferente, menor o índice de sucesso em readquirir fertilidade.

6 – O método não interfere no desempenho e nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Homens vasectomizados não estão mais expostos a doenças do que homens não submetidos ao procedimento.

7 – O paciente só poderá retomar a sua atividade sexual, sem qualquer forma de anticoncepção, quando o espermograma mostrar ausência de espermatozóides no material ejaculado.

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 submetido à Vasectomia, por minha livre e espontânea vontade.

_____/____/____

Assinatura do paciente

Data

Apesar do fornecimento de todas as informações necessárias e do aconselhamento, de maneira satisfatória sobre a Vasectomia, a opção pelo 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 Vasectomia.

Este documento deverá ser assinado, com firma reconhecida pelo 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 do 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.