

## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

### 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 9.263 de 12 de janeiro de 1996 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 conjugal (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:

- Homens com capacidade civil plena;
- Maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos;
- Seja observado o prazo mínimo de **sessenta dias** entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico para os devidos aconselhamentos e informações;
- 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;
- Em caso de casais, com o consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado;
- Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória a direção do Sistema Único de Saúde.

#### DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Declaro que o paciente, a seguir identificado, assim como seu cônjuge, foram por mim orientados, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei nº 9.263 de 12/01/1996 do Ministério da Saúde. O casal preenche todas as condições necessárias ao procedimento definido na legislação, quanto à idade, quantidade de filhos e prazo do último parto.

---

Nome legível do médico

CRM UF

---

Assinatura do Médico

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

### DECLARAÇÃO DO PACIENTE E CÔNJUGE – 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, foi me informado que:

1 – A Vasectomia é um método cirúrgico de interrupção de fertilidade masculina, causada 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 devem ser contatados 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 da paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cônjuge

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Nome do cônjuge: \_\_\_\_\_

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 e seu cônjuge (caso o paciente seja casado), antes da realização da cirurgia.**

## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

### CÓPIAS:

- Certidão de Casamento / Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de nascimento dos filhos;
- Solicitação Médica;
- Declaração do Médico Assistente Assinada e Carimbada
- Declaração do Paciente e Cônjuge - Manifestação da Vontade com Assinaturas Reconhecidas 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.**