

DECLARAÇÃO PARA CIRURGIA ESTERILIZADORA

Declaro que, para fins de cobertura dos procedimentos com finalidade de controle de natalidade, que pretendo submeter-me, já com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia, à contracepção cirúrgica pelo método , estando ciente de que:

1. Existem outros métodos contraceptivos, reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina;
2. A contracepção cirúrgica é um método definitivo, pode apresentar efeitos colaterais, as tentativas de reversão não têm sucesso garantido;
3. A cirurgia tem riscos operatórios e pós-operatórios;
4. Os métodos contraceptivos podem, ocasionalmente, falhar;
5. Estarei interrompendo, com a cirurgia, minha capacidade reprodutiva;
6. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de cesarianas sucessivas anteriores;
7. A Cemig Saúde somente autorizará os procedimentos programados, mesmo quando realizados no ato do parto, após avaliação da auditoria médica e respeitando o prazo de 60 (sessenta) dias contados da data da manifestação do desejo e assinatura deste documento, pelo participante e seu(s) médico(s) assistente(s), de forma a me permitir a reavaliação desta decisão, por parte do participante;
8. A esterilização cirúrgica, como método contraceptivo, somente será executada através de laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia;

O beneficiário acima qualificado titular dos dados, sensíveis ou não, declara para os devidos fins que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Cemig Saúde por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do objeto social da Cemig Saúde que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários. Os dados serão tratados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal, contratual e regulatória, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação vigente.

Ciente e de acordo ,

Assinatura do beneficiário

Nome benefic.:

Doc. Identidade:

Idade:

Nº de filhos :

Data de manifestação do desejo:

MÉDICO(S) RESPONSÁVEL(EIS) PELO PROCEDIMENTO

Declaro, nesta data, que estou ciente das normas e critérios estabelecidos na Lei 9.263/96 para realização de esterilização cirúrgica, obrigando-me, nos termos do seu art. 11, a efetuar notificação compulsória de realização da mesma à direção do Sistema Único de Saúde – SUS.

Assinatura com carimbo e nº CRM

Assinatura com carimbo e nº CRM

Local e data: