

Declaração

De acordo com a Lei 9.263, de 12/01/1996, art. 10º, declaro para fins de cobertura dos procedimentos com finalidade de controle de natalidade, a qual pretendo submeter-me, já com informações sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia, à contratação 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 e 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. A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas;
7. O convênio 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 permitir a reavaliação desta decisão por parte do beneficiário (a);
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;
9. A cirurgia será autorizada pelo convênio de acordo com a solicitação médica, em conformidade com o disposto na Lei 9.263 de 12/01/1996.

Ciente e de Acordo, _____

Assinatura do Beneficiário (a)

Nome: _____

Idade: _____ N.º Filhos vivos: _____ Doc. Identidade: _____

Data da manifestação do desejo: ____/____/____

_____, ____/____/____

Local e data

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG

Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS N° 41.656-8