

**TERMO DE MANIFESTAÇÃO DA VONTADE PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA
(LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA)**

Indaiatuba, _____ de _____ de 20__.

DECLARANTE:

Paciente: _____

Idade: _____ anos Número de filhos _____

Endereço completo: _____

Identidade nº: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF: _____

Tel.: () _____ () _____

Declaro que me submeterei ao procedimento de esterilização cirúrgica (laqueadura tubária para mulheres ou vasectomia para homens), por livre vontade, manifestada e firmada neste documento escrito, conforme previsto na Lei Federal n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e que já fui devidamente orientado(a):

- sobre os riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes para evitar a gravidez;
- que o procedimento a que irei me submeter é um método definitivo de esterilização cirúrgica, estando ciente de que os procedimentos para reversão da esterilização não são cobertos pelo Regulamento da Assistência à Saúde do SEPREV ou previstos nas diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- que será necessário apresentar avaliação psicológica ao SEPREV para solicitar a autorização para a realização do procedimento cirúrgico de esterilização;
- que o procedimento cirúrgico somente poderá ser realizado depois de 60 (sessenta) dias contados do reconhecimento de firma deste documento.

Declaro ter entendido perfeitamente as explicações que me foram apresentadas e ter esclarecido todas as dúvidas relativas aos métodos alternativos de contracepção e ao método cirúrgico de esterilização definitiva.

Assinatura do(a) Paciente

Nota: reconhecer firma em cartório e devolver este documento na sede do SEPREV.