

SAÚDE DO HOMEM
PLANEJAMENTO FAMILIAR

PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E
ELETIVA MASCULINA: **VASECTOMIA**

SECRETÁRIO DA SAÚDE

Jean Rodrigues da Silva

DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA

Luana Garcia Ferrabone

DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS

Marlene Bonow Oliviera

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mário José Bruckheimer

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Keli Bett

GERÊNCIA DE REGULAÇÃO

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

GERÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIAIS

Akadenilques de Oliveira Martins Souza Kudla

COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

Renata Andrade Teixeira Heil

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Roselaine Elisa Radtke

ELABORAÇÃO / COLABORAÇÃO

André de Santiago – Fisioterapeuta, Unidade de Saúde do Servidor

Carine Juliana Gonçalves de Souza – Enfermeira, Instituição Bethesda

Douglas Calheiros Machado – Enfermeiro, Diretor de Gestão Hospitalar do Hospital São José

Evaristo Cristobal Iglesias Aleman – Médico de Família e Comunidade, Coordenação ESF

Fábio Gustavo Oliveira Lepper – Médico Urologista, Policlínica Boa Vista

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Gislene Cristina Mantovani de Araújo – Gerência da Central de Regulação

Lailah El Achkar – Enfermeira Instituição Bethesda

Maria Eduarda Pereira Caminha – Enfermeira, Policlínica Boa Vista

Marlene Bonow Oliveira – Nutricionista, Diretoria de Média e Alta Complexidade

Rosimeire Pereira Bressan Batista – Enfermeira Obstetra, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Silvia Beatriz de Leão Betat – Enfermeira Obstetra, Coordenação da Microrregião São Marcos

Simone Aparecida de Souza – Enfermeira

Vera Lúcia Freitas – Enfermeira, Diretoria Executiva da Maternidade Darcy Vargas

Elaborado 2016

Revisado 2017

Atualizado 2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

APAC: Autorização de Procedimento de Alto Custo

APS: Atenção Primária à Saúde

CIAP: Classificação Internacional de Atenção Primária

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

CNS: Cartão Nacional do SUS

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

CPF: Cadastro de Pessoa Física

DIU: Dispositivo Intrauterino

ESF: Estratégia Saúde da Família

HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

LT: Laqueadura Tubária

MS/SAS: Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde

Nº: Número

PMV: Procedimento Municipal Vinculado

RG: Registo Geral

SC: Santa Catarina

SIG – SAUDETTECH: Sistema Integrado de Gestão

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA	05
1.1 Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: Vasectomia	05
1.1.1 Benefícios	06
1.1.2 Riscos	06
1.1.3 Contraindicações	06
2 CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS/SAS Nº 48 DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999	07
3 FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR (Indicação de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: Vasectomia)	08
3.1 Fluxograma para a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: Vasectomia	10
REFERÊNCIAS	11
APÊNDICE A – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: Vasectomia na Atenção Primária à Saúde	12
APÊNDICE B1 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (1ª via – Hospital)	13
APÊNDICE B2 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (2ª via – Usuário)	14
APÊNDICE C – Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal	15
APÊNDICE D – Conferência de Documentação Necessária	16
ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária e Vasectomia	17

PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1 PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA E ELETIVA

A Laqueadura Tubária e a Vasectomia são métodos em geral adequados para casais que estão seguros e desejosos da contracepção permanente.

O casal deve ser suficientemente esclarecido de suas vantagens e desvantagens, tendo a consciência de que o procedimento envolve consequências a curto, médio e longo prazo, bem como ter conhecimento de todos os demais métodos contraceptivos disponíveis no serviço de saúde.

A Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina por meio da Vasectomia será indicada nos casos em que se caracterizar como a melhor opção.

1.1 Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: Vasectomia

A Vasectomia ou Deferentectomia é um método contraceptivo definitivo através da ligadura dos canais deferentes no homem. É uma pequena cirurgia feita com anestesia local em cima do escroto. Sem necessidade de internação. É uma cirurgia de esterilização voluntária e eletiva, sendo o método contraceptivo a longo prazo mais eficiente que existe, estando entre as opções mais seguras para o planejamento familiar.

Porém, a decisão de realizar a cirurgia deve ser tomada com ponderação e cautela, visto que o homem está sujeito a danos psicológicos e muitos chegam a se arrepender de tê-la feito.

Consiste em secção e/ou oclusão do canal deferente, sendo um método seguro, eficaz e de fácil execução. É um método contraceptivo, que deve ser encarado como de caráter permanente.

Uma vez estabelecida o resultado quantitativo 00 (zero) de espermatozóide, a vasectomia oferece uma grande segurança contraceptiva, com falha de apenas 0,1 a 0,15 por 100 homens/ano. A recanalização espontânea é rara.

1.1.1 Benefícios:

- ✓ Não interfere nas relações sexuais
- ✓ Não afeta o desempenho sexual do homem;
- ✓ Não apresenta efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde.

1.1.2 Riscos:

- ✓ Infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto são complicações raras da cirurgia;
- ✓ Vasectomia não protege contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS);
- ✓ Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia, há um alto índice de arrependimento de homens que se submetem à vasectomia e depois tentam revertê-la. De 15% a 17% dos homens que se submetem a esse procedimento acabam se arrependendo anos depois porque ficaram viúvos ou se separaram e constituíram uma nova família, desejando ter mais filhos.

1.1.3 Contraindicações:

- ✓ Infecção local na pele ou escroto;
- ✓ Massa intra-escrotal;
- ✓ Infecção do trato genital masculino ou orquite;
- ✓ Distúrbios de coagulação.

2 CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DE ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA E ADMISSÃO NO PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR, SEGUNDO A PORTARIA MS/SAS Nº 48, DE 11 DE FEVEREIRO DE 1999

De acordo com o disposto no Artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

Somente é permitida a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – Vasectomia sob as seguintes condições:

- ✓ Homens com capacidade civil plena; casados ou não. Maiores de 25 anos de idade e/ou pelo menos dois filhos vivos.

Crítérios referentes a documentação para o Processo:

- ✓ Prazo mínimo de sessenta (60) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, ao homem interessado, acesso ao Serviço de Regulação da fecundidade, **incluindo aconselhamento pela Equipe de Saúde, visando à escolha consciente;**
- ✓ **Termo de Solicitação e Consentimento Informado**, expressa a manifestação da vontade do homem, de forma escrita e firmada, a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis disponíveis na APS (Apêndice B1 e B2);
- ✓ **Consentimento** expresso de ambos, quando na vigência de união estável ou casamento (Apêndice B1 e B2);
- ✓ **Declaração da Requerente sem Sociedade Conjugal**, quando o homem informar que **não** possui companheira(o) deverá assinar afirmando que não se encontra em sociedade conjugal: casamento ou união estável (Apêndice C).

3 FLUXO PARA SOLICITAÇÃO / ENCAMINHAMENTO PARA PLANEJAMENTO FAMILIAR (Indicação de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: Vasectomia)

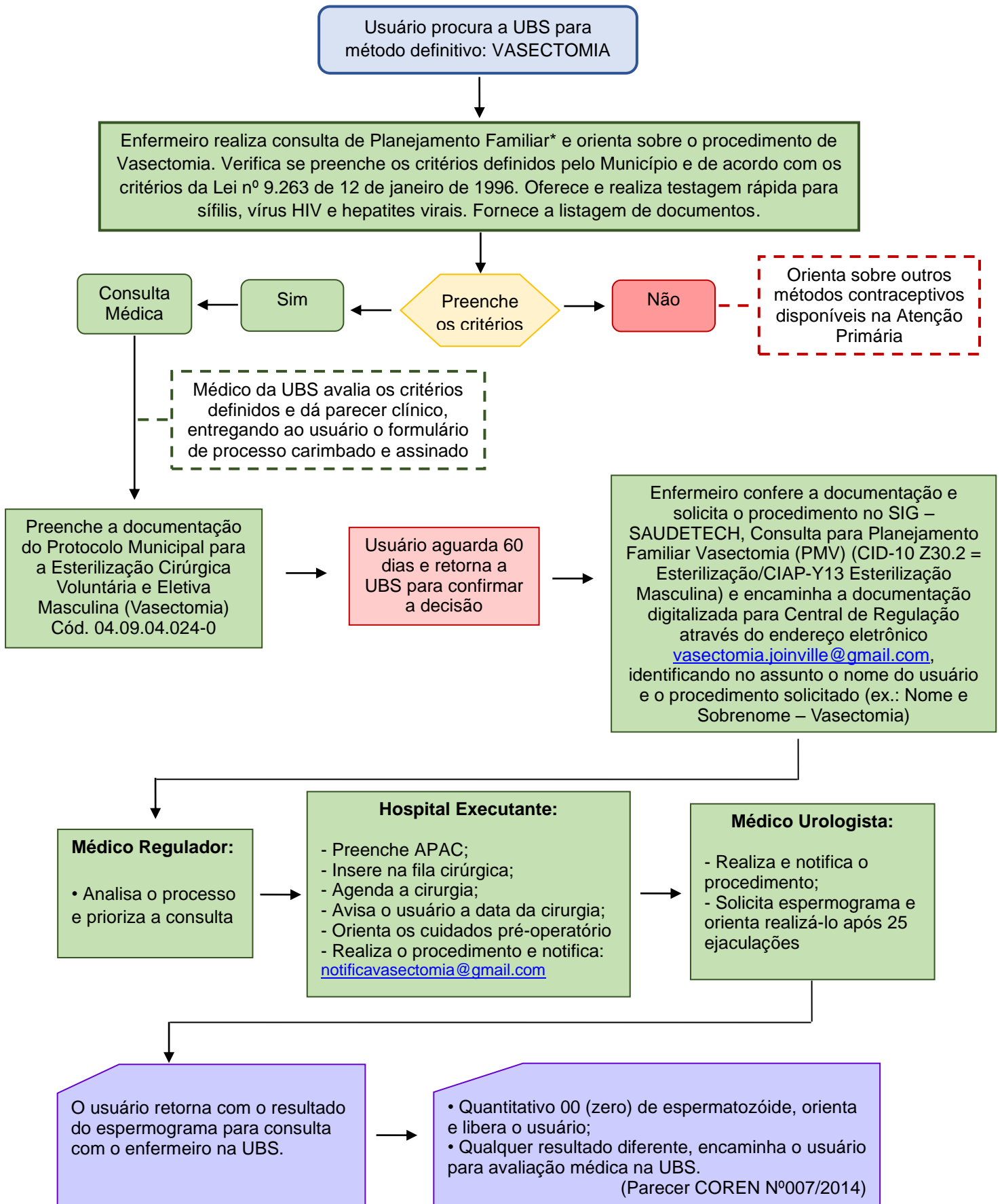
Serviço de Atenção Primária à Saúde:

- ✓ O usuário procura a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência e expressa sua vontade de utilizar um método definitivo de planejamento familiar;
- ✓ É agendada a consulta de enfermagem ou participação no Grupo de Planejamento Familiar onde serão apresentadas todas as opções de métodos contraceptivos disponíveis para a escolha consciente do casal ou usuário (dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepção oral, injetável, laqueadura-tubária (LT), preservativo masculino e feminino);
- ✓ É oferecido testagem rápida para sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais (sendo opcional a aceitação do usuário);
- ✓ Mantida a decisão do casal/usuário é preenchido os critérios da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996;
- ✓ É fornecido pelo enfermeiro a listagem de documentos, orientada e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Informado;
- ✓ O enfermeiro encaminha o usuário para consulta médica na Unidade Básica de Saúde;
- ✓ O médico em consulta, avalia os critérios e dá parecer clínico, entregando ao usuário o formulário de processo carimbado e assinado. A avaliação clínica pressupõe investigação de:
 - Infecções locais;
 - Infecções sexualmente transmissíveis (IST) atuais;
 - Infecção sistêmica ou gastroenterite ou massa intra-escrotal.
- ✓ Após parecer médico favorável para realização do procedimento, o enfermeiro da Unidade Básica de Saúde cumprindo o artigo 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, reúne toda a documentação do Protocolo Municipal para a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – Vasectomia, colhe as assinaturas e orienta sobre a continuidade do processo, conforme descrição abaixo:
 1. Comprovação de participação em planejamento familiar;
 2. Parecer médico justificando a solicitação;
 3. Termo de solicitação e informação assinado pelo requerente e parceiro (a) (quando houver);
 4. Comprovante de residência;
 5. RG do usuário requerente;
 6. Certidão de nascimento dos filhos vivos;
 7. Cópia do Cartão Nacional do SUS (CNS);
 8. Preenche a Conferência de Documentação Necessária para o Processo;
 9. Digitaliza e entrega os documentos originais ao usuário e orienta a necessidade dos mesmos no momento da cirurgia;
 10. Orienta para a continuidade do processo, bem como sobre o **prazo mínimo de**

sessenta (60) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;

11. Orienta sobre a possibilidade de procurar a Unidade de Saúde quantas vezes forem necessárias para sanar suas dúvidas com a equipe de saúde ou manifestar desistência;
 12. No encaminhamento *Online* inserir dados clínicos e condições de Vulnerabilidade Social (alcoolismo, drogadição, grande múltipara, mulher em situação de violência), quando houver.
- ✓ Mantido o interesse do usuário pela esterilização cirúrgica voluntária e eletiva (Vasectomia) após o prazo de 60 dias, retorna a Unidade Básica de Saúde e confirma a decisão;
 - ✓ O enfermeiro confere a documentação e solicita o procedimento no SIG – SAUDETCH, Consulta para Planejamento Familiar Vasectomia (PMV) (CID-10-Z30.2 = Esterilização / CIAP-Y13 Esterilização Masculina) e encaminha a documentação digitalizada para Central de Regulação através do endereço eletrônico: vasectomia.joinville@gmail.com identificando no assunto o nome do usuário e o procedimento solicitado (ex.: Nome e Sobrenome – Vasectomia);
 - ✓ Médico regulador confirma o recebimento e responde via endereço eletrônico: ***Confirmamos o recebimento da documentação referente ao Encaminhamento para Procedimento de Vasectomia, o mesmo está de acordo com os critérios do Protocolo.*** Se não estiver de acordo com os critérios do Protocolo o médico regulador responde o e-mail orientando as devidas adequações;
 - ✓ O médico regulador prioriza e autoriza o procedimento cirúrgico;
 - ✓ **Hospital executante:** preenche APAC, insere na fila cirúrgica, agenda a cirurgia, avisa o usuário a data da cirurgia, realiza o procedimento e preenche a Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Vasectomia (Anexo A), digitaliza e envia ao Serviço de Vigilância Epidemiológica por meio do endereço eletrônico: notificavasectomia@gmail.com (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Art.11 e 16);
 - ✓ **Médico do hospital (urologista):** orienta os cuidados pré e pós-operatórios; solicita espermograma e orienta o paciente a realizá-lo após 25 (vinte e cinco) ejaculações;
 - ✓ O usuário leva o resultado do espermograma para o enfermeiro na Unidade Básica de Saúde. Se laudo constando resultado quantitativo 00 (zero) de espermatozóide, orienta e libera o usuário. Qualquer resultado diferente, encaminhar o usuário para avaliação médica na Unidade Básica de Saúde (Parecer COREN nº 007/2014);
 - ✓ Nos casos em que o resultado do espermograma mostrar presença de espermatozoides e o usuário desejar refazer a vasectomia, o mesmo pode ser reencaminhado após resgate do mesmo processo, devendo assinar novo termo de consentimento informado;
 - ✓ No caso de complicação pós-cirúrgica no período de até 14 (quatorze) dias ou 02 (duas) semanas, tais como febre >38°C, dor e edema, infecção e sangramento no local ou dentro da incisão e a formação de coágulos no escroto, o usuário deverá ser encaminhado ao Serviço de Emergência do Hospital Executante.

3.1 Fluxograma para a Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – Vasectomia



REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2016.
2. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.045, de 25 de novembro de 2014**. Altera as Leis nºs 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que “regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 2014.
1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013. 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Plano de Ação Nacional 2009–2011**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999**. Brasília – DF: 1999.
5. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília – DF: 1996.
6. COREN/SP – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Parecer nº 007/2014 – CT**. PRCI nº 099.152/2012 – Tickets nº 277.202, 277.242, 281.850, 284.033, 290.514 e 302.667. Solicitação de exames por Enfermeiro e avaliação de resultado. São Paulo – SP: 2014.

APÊNDICE A – Processo para Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – Vasectomia na Atenção Primária à Saúde

Unidade Básica de Saúde _____

Consulta com Enfermeiro (a) na Unidade Básica de Saúde

Declaro que _____ e seu (sua) parceiro (a) _____ participaram de orientação no dia ____ / ____ / 20 ____, obtendo **informações sobre todos os métodos reversíveis e irreversíveis**, no Programa de Planejamento Familiar, optando pelo procedimento de esterilização cirúrgica que é **considerado irreversível**.

- () Possui comprovadamente ____ anos (mais de 25 anos) e/ou
() Possui comprovadamente ____ filhos (mínimo 2 filhos vivos).

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) – COREN / SC

Consulta com Médico (a) na Unidade Básica de Saúde

Após atendimento do cliente realizado no dia ____ / ____ / 20 ____ e avaliação clínica quanto à presença de massa intraescrotal, infecções locais, Infecção Sexualmente Transmissível (IST) atual, infecção sistêmica ou gastroenterite, dou o seguinte parecer e encaminhamento:

- () O usuário **não está apto** à indicação de esterilização cirúrgica.
() O usuário **está apto**, mediante livre consentimento, a indicação de esterilização cirúrgica.

Assinatura e carimbo do Médico (a) – CRM / SC

IMPORTANTE: Na vigência de união estável ou casamento, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos. Caso contrário, nos espaços destinados a assinatura do parceiro, escrever “Não se aplica”.

APÊNDICE B1 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (1ª Via – Hospital)

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____,
Cartão Nacional do SUS _____, venho por meio deste TERMO,
solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – VASECTOMIA.

Informo que fui esclarecido por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, orientações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informado sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis.
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão.
3. Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica.
4. Devo aguardar, pelo menos, **60 dias** a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento.
5. Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, infecções.
6. Fui informado de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
7. Fui informado pelo médico urologista, sobre os cuidados pré e pós-operatórios e me comprometo a realizar o exame de espermograma após 25 (vinte e cinco) ejaculações.
8. Fui informado de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez de minha companheira, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço.
9. Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
10. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogado, alcoolizado ou emocionalmente alterado.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura do(a) Parceiro (a)

RG Nº

RG Nº

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.

APÊNDICE B2 – Termo de Solicitação e Consentimento Informado (2ª via – Usuário)

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____,
Cartão Nacional do SUS _____, venho por meio deste TERMO,
solicitar a realização de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina – VASECTOMIA.

Informo que fui esclarecido por meio de reuniões, consulta de enfermagem e médica, orientações preventivas e educativas sobre os meios e técnicas disponíveis para a regulamentação da fecundidade e seus riscos, bem como a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que regulamenta o Programa de Planejamento Familiar **DECLARO** que:

1. Fui informado sobre os outros métodos anticoncepcionais disponíveis, também eficazes e reversíveis.
2. Estou ciente de que esta cirurgia é considerada, na prática, irreversível e que o SUS não realiza cirurgia de reversão.
3. Fui alertado sobre o risco de arrependimento, principalmente em condições de instabilidade conjugal e forte emoção, tais como: separação, divórcio, viuvez, morte de filho, outro casamento ou posterior desejo de procriar bem como melhora da condição socioeconômica.
4. Devo aguardar, pelo menos, **60 dias** a partir da assinatura desta solicitação para que o procedimento possa ser realizado, período em que terei chance de refletir sobre minha decisão, receber orientação da equipe deste serviço, bem como sanar dúvidas sobre o procedimento em qualquer momento.
5. Fui informado das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico, tais como: reação a drogas, parada cardiorrespiratória, morte, hemorragias, infecções.
6. Fui informado de que, assim como os demais métodos anticoncepcionais disponíveis, a vasectomia pode apresentar falhas e não protege contra Infecções Sexualmente Transmissíveis.
7. Fui informado pelo médico urologista, sobre os cuidados pré e pós-operatórios e me comprometo a realizar o exame de espermograma após 25 (vinte e cinco) ejaculações.
8. Fui informado de que, ao menor sinal ou sintoma de gravidez de minha companheira, devo procurar assistência médica para confirmação do diagnóstico e comunicar este serviço.
9. Estou ciente de que sou livre para desistir do procedimento a qualquer momento antes do ato operatório, sem prejuízo para meu atendimento, podendo escolher qualquer outro método contraceptivo.
10. Caso ocorra qualquer uma das situações supracitadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada à equipe e/ou instituição que realizou o procedimento, pois o escolhi de minha livre e espontânea vontade.

Portando, declaro estar em pleno domínio de minha capacidade civil e de discernimento: não estando drogado, alcoolizado ou emocionalmente alterado.

CONCORDÂNCIA DOS ENVOLVIDOS

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura do(a) Parceiro (a)

RG Nº

RG Nº

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.



APÊNDICE C – Declaração do Requerente sem Sociedade Conjugal

Eu, _____, _____ anos,
RG _____, Órgão Emissor _____, CPF _____,
Cartão Nacional do SUS _____, declaro para fins de Esterilização
Cirúrgica Voluntária e Eletiva Masculina: VASECTOMIA, que não me encontro em sociedade
conjugal – casamento ou união estável na presente data.

Assinatura do Requerente

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.

APÊNDICE D – Conferência de Documentação Necessária

Documentação obrigatória:

- () Comprovação de participação da orientação de Planejamento Familiar;
- () Parecer médico da UBS quanto a aptidão do usuário e critérios estabelecidos;
- () Termo de Solicitação e Informação assinado pelo requerente e parceiro (quando houver);
- () Comprovante de residência (cópia anexa);
- () RG do requerente (cópia anexa com foto visível);
- () Certidão de Nascimento dos filhos (cópia anexa);
- () Cópia do Cartão SUS do requerente (cópia anexa).

Documentação para situações específicas:

- () Declaração do requerente informando que não se encontra em sociedade conjugal: casamento ou união estável (apenas para homens sem companheiro (a)).

Assinatura e carimbo do (a) Enfermeiro (a) Conferente
COREN / SC

Joinville, _____ de _____ de 20 _____.



ANEXO A – Ficha de Notificação Individual de Esterilização Cirúrgica Voluntária e Eletiva – Laqueadura Tubária e Vasectomia

1 IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome / Razão Social:		
Endereço:	Bairro:	CEP:
CGC / CNPJ:	Data:	

2 DADOS DO PACIENTE

Nome do (a) paciente:		
Data de nascimento:	Sexo: () F () M	Nº de filhos:
Logradouro:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	CEP:
Município (Código IBGE): 4209102	Nome do município: Joinville	UF: SC

3 GRAU DE INSTRUÇÃO

() Analfabeto	() Ensino médio completo
() Ensino fundamental incompleto	() Ensino superior incompleto
() Ensino fundamental completo	() Ensino superior completo
() Ensino médio incompleto	() Pós-graduação

Documentação completa presente no prontuário: () **SIM** () **NÃO**

CID-10: _____ (Em caso de risco à vida ou à saúde da mulher ou futuro concepto)

4 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS UTILIZADOS ANTERIORMENTE

ORIENTA:

Métodos Naturais: _____

Outros: _____

OFERECE:

Métodos de Barreira	Métodos Hormonais	Dispositivo Intrauterino (DIU)
() Preservativo Masculino	() Hormonal Oral Combinado	() Hormonal
() Preservativo Feminino	() Minipílula	() de Cobre
() Diafragma	() Hormonal Injetável Mensal	
	() Hormonal Injetável Trimestral	
	() Anticoncepção de Emergência	

5 DADOS DA INTERNAÇÃO

____/____/____ Data da Internação

____/____/____ Data da Alta

_____ Médico Responsável

Responsável pelo Preenchimento / Carimbo

IMPORTANTE: Digitalizar e enviar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica: notificavasectomia@gmail.com