

Documentação necessária para Reembolso Médico-Hospitalar

Sumário

Consultas	2
Consulta Médica	2
Consulta com Nutricionista	2
Consulta com Enfermeiro Obstétrico ou Obstetriz	2
Tratamento Seriado	3
Psicoterapia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional	3
Fisioterapia, Reeducação Postural Global (RPG), Hidroterapia, Equoterapia, Fototerapia e Pilates	4
Acupuntura	4
Procedimentos Clínicos Ambulatoriais (exames)	5
Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos	5
Honorários Médicos em Atendimento Ambulatorial (cirurgias)	6
Honorários Médicos em Atendimento de Internação	6
Implante De Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	7
Vasectomia ou Laqueadura	7
Parto cesárea	7
Despesas Hospitalares	7
Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e Hemodiálise	8
Sessões de Quimioterapia	8
Sessões de Radioterapia	8
Sessões de Diálise e Hemodiálise	9
Anexos	10
Termo de Consentimento Informado para Realização de Vasectomia	11
Termo de Consentimento Informado para Realização de Laqueadura	13
Termo de Consentimento Informado para Realização de Parto Cesárea	15

Consultas

① Não há limite mensal para consultas médicas, porém se realizada(s) consulta(s) com mesmo Médico, Nutricionista ou Enfermeiro Obstétrico ou Obstetritz no prazo inferior a 15 dias, esta(s) será(ão) considerada(s) consulta de retorno, não passível, portanto, de reembolso.

Consulta Médica

① São consideradas consultas médicas aquelas realizadas em ambulatório ou consultório com o médico da preferência do beneficiário.

① Caso não conste a informação da especialidade médica na nota fiscal ou no recibo, o valor a ser reembolsado terá como base o evento 'Consulta Em Consultório (No Horário Normal Ou Pré-estabelecido)' ou 'Consulta Em Pronto Socorro', além de a ausência de nome, CRM e especialidade do médico assistente ser um limitante na conclusão da análise do pedido de reembolso para o caso de verificação de consulta em prestador credenciado.

① Não são consideradas consultas médicas as sessões com psicólogos, psicopedagogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e acupunturistas. Esses atendimentos enquadram-se na categoria [Tratamento Seriado](#).

1. Comprovante de pagamento

a. Em caso de nota fiscal, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado (especialidade);
- o Data de realização da consulta;
- o Quantidade e valor numérico da consulta;
- o Nome completo e CPF do médico, bem como carimbo com o número de inscrição no CRM e assinatura do médico assistente, se possível.

b. Em caso de recibo, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado (especialidade);
- o Data de realização da consulta;
- o Quantidade e valor numérico da consulta;
- o Nome completo e CPF do médico, bem como carimbo com o número de inscrição no CRM e assinatura do médico assistente.

Consulta com Nutricionista

1. Comprovante de pagamento

a. Em caso de nota fiscal, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado;
- o Data de realização da consulta;
- o Quantidade e valor numérico da consulta;
- o Nome completo CPF e carimbo com o número de inscrição no CFN do nutricionista, bem como, assinatura do nutricionista assistente, se possível.

b. Em caso de recibo, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado;
- o Data de realização da consulta;
- o Quantidade e valor numérico da consulta;
- o Nome completo e CPF do nutricionista, bem como carimbo com o número de inscrição no CFN e assinatura do nutricionista assistente.

Consulta com Enfermeiro Obstétrico ou Obstetritz

1. Comprovante de pagamento

a. Em caso de nota fiscal, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;

- o Discriminação do serviço realizado (especialidade);
- o Data de realização da consulta;
- o Quantidade e valor numérico da consulta;
- o Nome completo e CPF do profissional, bem como carimbo com o número de inscrição no COREN e assinatura do profissional assistente, se possível.

b. Em caso de recibo, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado (especialidade);
- o Data de realização da consulta;
- o Quantidade e valor numérico da consulta;
- o Nome completo e CPF do profissional, bem como carimbo com o número de inscrição no COREN e assinatura do profissional assistente.

2. Pedido médico com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:

- o Nome completo do beneficiário atendido;
- o Indicação de atendimento de consultas de pré-natal e puerpério com enfermeiro obstétrico ou obstetriz.

① Limites de até 6 consultas de pré-natal e até 2 consultas de puerpério.

① A consulta com enfermeiro obstétrico ou obstetriz somente é coberta quando realizada por profissional devidamente habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico.

Tratamento Seriado

① São consideradas tratamento seriado as sessões de Psicoterapia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Reeducação Postural Global (RPG) Hidroterapia, Equoterapia, Fototerapia, Pilates e Acupuntura.

① Sessões de psicanálise e de psicopedagogia são cobertas apenas quando realizadas por psicólogos devidamente registrado no Conselho Regional de Psicologia.

① Serão reembolsadas somente as sessões já realizadas.

Psicoterapia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

PARA INÍCIO DO TRATAMENTO:

1. Encaminhamento de médico ou, no caso de psicoterapia e psicopedagogia, de psicólogo com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina - CRM do médico ou no Conselho Regional de Psicologia - CRP do psicólogo assistente, respectivamente, contendo o nome do beneficiário atendido.

ATÉ 10 SESSÕES MENSAIS:

1. Comprovante de pagamento

a. Em caso de nota fiscal, deve conter:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado;
- o Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
- o Nome completo e CPF do profissional, carimbo com o número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CRP, CREFITO e/ou CRFa) e assinatura do profissional assistente, se possível.

b. Em caso de recibo:

- o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
- o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
- o Discriminação do serviço realizado;
- o Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
- o Nome completo e CPF do profissional, carimbo com o número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CRP, CREFITO e/ou CRFa) e assinatura do profissional assistente.

ACIMA DE 10 SESSÕES MENSAS:

- o Relatório médico circunstanciado, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo nome completo do beneficiário atendido, justificativa da necessidade das sessões excedentes, duração do tratamento, frequência (semana/mensal) e identificação se é início ou continuidade do tratamento.

Fisioterapia, Reeducação Postural Global (RPG), Hidroterapia, Equoterapia, Fototerapia e Pilates

① A fisioterapia só é coberta quando justificada e indicada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM. Para reembolso de consulta com fisioterapeuta, é necessário apresentar relatório do profissional assistente.

ATÉ 10 SESSÕES MENSAS:

1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Discriminação do serviço realizado;
 - o Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
 - o Nome completo e CPF do profissional, carimbo com o número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO) e assinatura do profissional assistente, se possível.
 - b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Discriminação do serviço realizado;
 - o Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
 - o Nome completo e CPF do profissional, carimbo com o número de inscrição no respectivo Conselho Regional (CREFITO) e assinatura do profissional assistente.
2. Pedido médico com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário atendido;
 - o Diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do beneficiário;
 - o Descrição e justificativa para a terapia indicada;
 - o Planejamento terapêutico com quantidade de sessões programadas e período de tratamento.

3. Laudo do exame de imagem realizado relacionado à patologia, se houver.

ACIMA DE 10 SESSÕES MENSAS:

- o Relatório médico circunstanciado, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo nome completo do beneficiário atendido, justificativa da necessidade das sessões excedentes, duração do tratamento, frequência (semana/mensal) e identificação se é início ou continuidade do tratamento.

Acupuntura

① Sessões de acupuntura são cobertas apenas quando realizadas por médico ou enfermeiro que possua curso de especialização em Acupuntura devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM ou Conselho Regional de Enfermagem – COREN, respectivamente.

ATÉ 10 SESSÕES MENSAS:

1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Discriminação do serviço realizado;
 - o Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
 - o Nome completo, CPF e carimbo com o número de inscrição no CRM ou no COREN e assinatura do médico ou enfermeiro assistente, se possível.

- b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Discriminação do serviço realizado;
 - o Datas, quantidades e valores individuais das sessões;
 - o Nome completo e CPF do médico ou enfermeiro, bem como carimbo com o número de inscrição no CRM ou no COREN e assinatura do médico ou enfermeiro assistente.

- 2. Pedido médico com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário atendido;
 - o Diagnóstico, tempo de existência da doença e quadro clínico atual do beneficiário;
 - o Descrição e justificativa para a terapia indicada;
 - o Planejamento terapêutico com quantidade de sessões programadas e período de tratamento.

ACIMA DE 10 SESSÕES MENSAIS:

- o Relatório médico circunstanciado, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo nome completo do beneficiário atendido, justificativa da necessidade das sessões excedentes, duração do tratamento, frequência (semana/mensal) e identificação se é início ou continuidade do tratamento.

Procedimentos Clínicos Ambulatoriais (exames)

① São considerados procedimentos clínicos ambulatoriais os exames de diagnóstico ou de imagem, monitorizações, avaliações, entre outros, realizados em ambiente ambulatorial, conforme constante no item PROCEDIMENTOS CLÍNICOS da tabela própria do STF-Med.

- 1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data de realização do(s) procedimento(s);
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Quantidade de procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário.
 - b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data de realização do(s) procedimento(s);
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário.
- 2. Pedido médico com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário atendido;
 - o Nome do(s) procedimento(s) realizado(a);
 - o Indicação clínica ou CID;
 - o Antecedentes patológicos do beneficiário que possam esclarecer a necessidade do procedimento solicitado;
 - o Grau de comprometimento da saúde do beneficiário (prognóstico).

① Para exames de imagem, deve constar no relatório médico a região examinada e, se for o caso, descrição dos materiais e medicamentos com valores unitários. Exemplos: raios-X do tórax / Tomografia Computadorizada / Ressonância Magnética

Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos

① São considerados honorários médicos aqueles pagos ao cirurgião principal, cirurgiões auxiliares, anestesista, instrumentador ou visitas hospitalares a beneficiário internado, podendo o procedimento ocorrer em ambiente ambulatorial ou de internação. No caso de participação de mais de um profissional no ato cirúrgico ou realização simultânea de procedimentos distintos por duas equipes cirúrgicas, o beneficiário deve entregar todos os documentos em um mesmo momento em uma única solicitação de reembolso.

Honorários Médicos em Atendimento Ambulatorial (cirurgias)

1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data de realização do(s) procedimento(s);
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário;
 - o Nome completo, carimbo com o número de inscrição no CRM e assinatura do médico assistente, se possível.
 - b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data de realização do(s) procedimento(s);
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário;
 - o Nome completo e CPF do médico, bem como carimbo com o número de inscrição no CRM e assinatura do médico assistente.
2. Relatório médico com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário atendido;
 - o Nome do(s) procedimento(s) realizado(a);
 - o Indicação clínica ou CID.

① No caso de apresentação de recibo, cada profissional deverá emitir a cobrança individualizada referente aos seus honorários.

① Para visitas hospitalares, apresentar também relatório, contendo a especialidade do médico assistente, a quantidade e as datas das visitas cobradas, quadro clínico e prognóstico do beneficiário atendido, bem como a cópia das evoluções médicas diárias, se houver.

Honorários Médicos em Atendimento de Internação

1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data de realização do(s) procedimento(s);
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário;
 - o Informação individualizada dos profissionais que atuaram na cirurgia;
 - o Nome completo, carimbo com o número de inscrição no CRM e assinatura do médico assistente, se possível.
 - b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data de realização do(s) procedimento(s);
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário;
 - o Nome completo e CPF do médico, bem como carimbo com o número de inscrição no CRM e assinatura do médico assistente.
2. Relatório médico, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário atendido;
 - o Nome do(s) procedimento(s) realizado(a);
 - o Indicação clínica ou CID;
 - o Detalhamento da posição cirúrgica (Cirurgião Principal, 1º Auxiliar, 2º Auxiliar, Anestesiista, Instrumentador etc);
 - o Detalhamento do(s) procedimento(s);
 - o Data e local de realização do(s) procedimento(s).

3. Laudos dos exames que embasaram a indicação da cirurgia
4. Descritivo cirúrgico
5. Boletim anestésico

① No caso de apresentação de recibo, cada profissional deverá emitir a cobrança individualizada referente aos seus honorários.

Implante De Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

O reembolso de honorário médico referente à inserção de dispositivo intrauterino (DIU) está incluso nesta categoria.

Com relação ao reembolso do material (DIU), é necessário apresentar a nota ou o cupom fiscal com a descrição do material, normalmente adquirido em farmácias e pedido médico com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo nome completo do beneficiário atendido, nome do(s) procedimento(s) realizado(a) e indicação clínica ou CID.

① A cobertura de novo DIU somente será autorizada pelo STF-Med decorridos os seguintes prazos da implantação do dispositivo anterior (tanto da colocação pela modalidade de credenciamento quanto pela modalidade de reembolso):

a) DIU de cobre: 10 anos e b) DIU hormonal: 5 anos

Se necessária a implantação de novo DIU em prazos inferiores aos estabelecidos acima, a possibilidade de cobertura será analisada pela Auditoria Médica do STF-Med, mediante apresentação de relatório médico circunstanciado, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo nome completo da beneficiária atendida e justificativa da necessidade.

Vasectomia ou Laqueadura

Para reembolso de honorário médico referente a **vasectomia**, além dos documentos indicados no item [Honorários Médicos em Atendimento de Internação](#), deverá ser preenchido e assinado o [Termo de Consentimento Informado para Realização de Vasectomia](#).

Para reembolso de honorário médico referente a **laqueadura**, além dos documentos indicados no item [Honorários Médicos em Atendimento de Internação](#), deverá ser preenchido e assinado o [Termo de Consentimento Informado para Realização de Laqueadura](#).

① Em se tratando de casais, também deve constar o exposto consentimento do(a) cônjuge/companheiro(a) para ambos os casos.

① Os termos de consentimento firmam a expressa manifestação de vontade do(a) beneficiário(a) onde constam informações a respeito dos riscos do procedimento, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Parto cesárea

Para reembolso de honorário médico referente a **parto cesárea**, além dos documentos indicados no item [Honorários Médicos em Atendimento de Internação](#), deverá ser apresentado [Termo de Consentimento Informado para Realização de Parto Cesárea](#), além de partograma.

Despesas Hospitalares

1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data do atendimento e/ou período de internação;
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário.
 - b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data do atendimento e/ou período de internação;
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário.

2. Fatura com discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com quantidade e valores individuais, contendo:
 - o Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores e quantidades individuais;
 - o Materiais especiais, órteses e próteses: informar também marca, modelo e fabricante e registro ANVISA.
3. Relatório médico, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário atendido;
 - o Diagnóstico;
 - o Tratamento realizado;
 - o Local e data do atendimento.

Quimioterapia, Radioterapia, Diálise e Hemodiálise

1. Comprovante de pagamento
 - a. Em caso de nota fiscal, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data do atendimento e/ou período de internação;
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário.
 - b. Em caso de recibo, deve conter:
 - o Nome completo e CPF do beneficiário atendido;
 - o Razão social e CNPJ do estabelecimento, endereço completo e telefone do local de atendimento;
 - o Data do atendimento e/ou período de internação;
 - o Discriminação do(s) procedimento(s) realizado(s);
 - o Valor cobrado (numérico e extenso) unitário.
2. Fatura com descrição das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individuais, contendo:
 - o Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores e quantidades individuais.
 - o Datas e quantidades de sessões realizadas.

Sessões de Quimioterapia

Além dos itens 1 e 2, é necessário apresentar:

3. Relatório médico, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário;
 - o Diagnóstico da doença;
 - o Quadro clínico atual do beneficiário.
4. Laudo da biópsia (anatomopatológico)
5. Estadiamento com cópia de exames pertinentes
6. Plano de tratamento
7. Esquemas quimioterápicos previamente utilizados

Sessões de Radioterapia

Além dos itens 1 e 2, é necessário apresentar:

3. Relatório médico, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário;
 - o Diagnóstico da doença;
 - o Quadro clínico atual do beneficiário e técnica utilizada.
4. Laudo da biópsia (anatomopatológico)
5. Ficha técnica

Sessões de Diálise e Hemodiálise

Além dos itens 1 e 2, é necessário apresentar:

3. Relatório médico, com data, assinatura e carimbo com o número de inscrição no CRM do médico assistente, contendo:
 - o Nome completo do beneficiário;
 - o Diagnóstico da doença;
 - o Justificativa para o tratamento realizado.
4. Ficha de controle assinada pelo beneficiário ou responsável
5. Laudos de exames que subsidiaram o diagnóstico

Anexos

Termo de Consentimento Informado para Realização de Vasectomia

Eu _____,
portador da cédula de identidade RG _____, idade _____ anos, ciente dos esclarecimentos
prestados pelo meu médico assistente e pelo STF-Med, manifesto o desejo de ser submetido à vasectomia por minha
livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico
deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
e Diretriz de Utilização que trata sobre o tema CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA).

Antes da operação, foi-me informado que:

- A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente e definitiva da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo assim a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado.
- Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso a condição clínica assim o requeira. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos, dependendo do material utilizado.
- 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 situações ou outras não descritas ou ainda se eu tiver qualquer dúvida ou problema, devo entrar em contato com meu médico e/ou com a sua equipe.
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização do ducto deferente, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente.**
- Apesar de a vasectomia ser um método de esterilização permanente, existe uma pequena **possibilidade (1 em cada 2000 cirurgias) de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides de um coto do ducto para o outro e voltarem a ser ejaculados e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.** Trata-se de evento raro, mas possível de ocorrer independentemente da vontade ou técnica empregada.
- O método não interfere na função sexual nem causa impotência sexual (ou disfunção erétil). Até o momento não se conhece nenhuma doença que ocorra mais frequentemente em homens vasectomizados.
- **O beneficiário só poderá retomar sua atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado. Isto só ocorre em geral após uma média de 25 ejaculações,** que é o número necessário para “esvaziar” o trato genital, que está à frente de onde foi feita a secção do ducto deferente.
- Estou ciente que a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeito com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.
- **Nestas condições, CONSINTO que se realize a VASECTOMIA.** Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Este formulário atesta minha aceitação ao tratamento proposto.
- Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do beneficiário, outra, entregue ao beneficiário ou responsável legal, e a terceira, ao STF-Med. As respectivas

assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

Brasília, ____/____/____

Assinatura do beneficiário _____

Assinatura da esposa/companheira _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Termo de Consentimento Informado para Realização de Laqueadura

Eu _____,
portadora da cédula de identidade RG _____, idade _____ anos, ciente dos esclarecimentos
prestados pelo meu médico assistente e pelo STF-Med, manifesto o desejo de ser submetido à laqueadura por minha
livre e espontânea vontade.

Também sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico
deverão se passar ao menos 60 dias, conforme Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
e Diretriz de Utilização que trata sobre o tema CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO FEMININA (LAQUEADURA TUBÁRIA/
LAQUEADURA TUBÁRIA LAPAROSCÓPICA).

Antes da operação, foi-me informado que:

- A intervenção de laqueadura tubária consiste na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir gravidez;
- Para realização deste procedimento existem várias formas de cirurgia: Laparoscópica – cirurgia realizada por meio de 4 pequenos cortes realizados no abdome; Microlaparotomia – que é semelhante a uma cesárea; Vaginal – cirurgia realizada pela vagina; Pós-cesárea (laqueadura tubária no momento da prática de uma cesárea);
- Qualquer cirurgia que venha a ser escolhida necessita anestesia. O tipo de anestesia será avaliado e escolhido pelo Serviço de Anestesia;
- **Embora o método de laqueadura tubária seja o mais efetivo dos métodos de planejamento familiar, sua efetividade não é de 10%. Existe uma porcentagem de falha de 0,41% que independe da beneficiária ou do médico;**
- Como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade derivado do ato cirúrgico e da situação vital de cada beneficiária;
- **A reversão desta cirurgia, ou seja, a recanalização das tubas uterinas, não tem cobertura pelo contrato de plano de saúde vigente;**
- As complicações que poderão surgir são: Intra-operatória (hemorragias, lesões de órgãos), queimaduras por bisturi elétrico e Pós-operatórias Leves e mais frequentes (seromas, hemorragias, cistites, anemia e outras), bem como Graves e excepcionais (eventração, apnéia, tromboses, hematomas, pelvipерitonites, hemorragia e outras) perfurações de órgãos;
- Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada;
- Existem outros métodos de contracepção que não são irreversíveis como os Métodos de barreira, Anticoncepção hormonal, Contracepção intra-uterina, Métodos naturais;
- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, e esclareci todas as dúvidas que me ocorreram. Também entendi que, a qualquer momento anterior ao procedimento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento;
- **Nestas condições CONSINTO que se realize a LAQUEADURA proposta;**
- Declaro ter recebido aconselhamento multidisciplinar;
- Após ter recebido todas as informações necessárias informo que participei do processo de decisão sobre o meu tratamento e tenho minha parcela de responsabilidade sobre a conduta adotada. Formulário atesta minha aceitação ao procedimento proposto;

- Tenho ciência, conforme disposto na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que a esterilização será objeto de notificação à direção do Sistema Único de Saúde, bem como, para comprovação do meu vínculo conjugal, devo apresentar cópia autenticada da minha certidão de casamento ou da declaração de união estável.

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do beneficiário, outra, entregue ao beneficiário ou responsável legal, e a terceira, ao STF-Med. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Cópias anexas:

- Certidão de Casamento/Declaração de União Estável (quando aplicável);
- Carteira de Identidade;
- Certidões de Nascimento dos filhos.

Brasília, ____/____/____

Assinatura da beneficiária _____

Assinatura do esposo/companheiro _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____

Termo de Consentimento Informado para Realização de Parto Cesárea

Eu _____,
portadora da cédula de identidade RG _____, idade _____ anos, ciente dos esclarecimentos
prestados pelo meu médico assistente e pelo STF-Med, manifesto o desejo de ser submetido ao parto cesárea por
minha livre e espontânea vontade e declaro:

- Ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica;
- Estar ciente de que a cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente e da determinação da Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina nº 2.144, de 17/03/2016, que em condições normais, somente será realizado a partir de 39ª semanas de gestação, com registro em prontuário;
- Ter sido informada pelo(a) médico(a) assistente que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente;
- Ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente; e
- Ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, e mantido a minha decisão de realizar o PARTO CESÁREA.

Nestas condições, CONSINTO que se realize o PARTO CESÁREA em mim.

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do beneficiário, outra, entregue ao beneficiário ou responsável legal, e a terceira, ao STF-Med. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.

Brasília, ____/____/____

Assinatura da beneficiária _____

Assinatura do médico responsável sobre carimbo (legível) _____