

Revogada pela Portaria nº23/2023 Ipasgo Saúde

PORTARIA NORMATIVA nº 7-2008/PR

~~Dispõe sobre a nova regulamentação dos procedimentos exigidos para autorização de esterilização cirúrgica feminina e masculina.~~

~~O Presidente do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado de Goiás – IPASGO – no uso de suas atribuições legais,~~

~~considerando o estabelecido § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar;~~

~~considerando as regulamentações estabelecidas no Art. 10 da Lei Federal nº. 9.263 de 12 de janeiro de 1996, publicada no Diário Oficial da União em 20 de Agosto de 1997, que institui e regulamenta o planejamento familiar e ainda a portaria nº. 048 de 11 de fevereiro de 1999; —~~

~~considerando o que dispõe o Código de Ética Médica, referenciado especificamente nos artigos 43, 46 e 67 que tratam respectivamente da responsabilidade profissional, dos direitos humanos e das relações com os pacientes;~~

~~considerando a necessidade de regulamentação da cobertura pelo IPASGO Saúde de esterilização cirúrgica feminina e masculina;~~

~~considerando ainda, a necessidade de atendimento à normas estabelecidas pelo Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ –, resolve editar a seguinte~~

PORTARIA

~~Art.1º O IPASGO define nova regulamentação nos procedimentos de Esterilização Cirúrgica Masculina e Feminina, com referência nos princípios legais estabelecidos no Art. 10 da lei federal nº. 9263 e os dispositivos administrativos e operacionais definidos nesta portaria.~~

~~Parágrafo Único. Para o cumprimento do estabelecido no caput deste artigo ficam estabelecidas as seguintes codificações, devidamente parametrizadas em determinação administrativa:~~

~~I – A esterilização cirúrgica se fará com a seguinte codificação e parametrização, conforme se trate em procedimento em mulheres ou em homens:~~

Código	Descrição	Valor em CH	Nº. Aux.	Porte
45.06.004-5	Laqueadura Tubária Bilateral (qualquer técnica)	700	01	03
56.11.011-1	Vasectomia Bilateral	300	01	0

~~Art.2º Somente será permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:~~

~~I – Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos.~~

~~II – Risco de vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos reunidos em conferência médica.~~

~~Art. 3º condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado conforme modelo constante do anexo II ou III desta portaria, onde conste expressamente informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.~~

~~Art. 4º Deve ser observado o prazo mínimo de 60 (sessenta dias) entre a formalização da manifestação da vontade, registrada nas Supervisões de Auditoria Médica e Medicina Social, e o ato cirúrgico.~~

~~fl. 2 da Portaria Normativa nº 007-2008/PR~~

~~Parágrafo Único. No período definido no *caput* deste artigo será exigido do(a) interessado(a), comprovações de atendimento médico e psicológico específico, com finalidade de orientação sobre a fecundidade, métodos alternativos de contracepção, visando desencorajar a esterilização precoce.~~

~~Art. 5º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, nas seguintes situações:~~

~~I — por cesarianas sucessivas anteriores, considerada a partir do terceiro evento, devidamente comprovadas por declarações de fé pública, dos respectivos hospitais onde ocorreram os eventos;~~

~~II — quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição ao segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para a sua saúde, sendo que nesta situação a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos, preferencialmente com área de atuação afeta ao diagnóstico que fundamenta a indicação de esterilização;~~

~~III — no caso dos incisos I e II, a solicitação de atendimento deve ser preenchida pelo médico assistente com o procedimento obstétrico indicado, acrescido do procedimento 45.06.004-5 — Laqueadura tubária.~~

~~Art. 6º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do art. 3º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.~~

~~Art. 7º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da Histerectomia e Ooforectomia.~~

~~Art. 8º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento formal de ambos os cônjuges, registrado em declaração conjunta, anexada ao prontuário médico, onde conste claramente a informação prévia dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.~~

~~Art. 9º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.~~

~~Art. 10. Toda esterilização cirúrgica, conforme os termos da lei, será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde e de responsabilidade do(s) executante(s) do procedimento, uma vez que o Ipasgo se isenta desta responsabilidade, com exceção de quando solicitado por autoridade fiscalizadora competente que poderá fornecer as informações dos procedimentos realizados.~~

~~Art. 11 Ficam estabelecidos no processo de análise autorizativa do procedimento de esterilização cirúrgica os seguintes formulários que são partes integrantes desta portaria:~~

~~I — Termo de Conferência Médica de Esterilização, em 03 vias, de acordo com modelo apresentado no ANEXO I, aplicado quando a indicação for fundamentada no histórico ou nos antecedentes clínicos da paciente e comprovadamente, a gravidez subsequente, envolva riscos de morbiletalidade para a mesma.~~

~~II— Termo de Consentimento pós-informado, sobre esterilização cirúrgica de acordo com o ANEXOS II e III.~~

~~III— Ficha de Avaliação de Esterilização Cirúrgica do Serviço Social (ANEXO IV), com conferência da documentação relacionada neste formulário e parecer sobre a fl. 3 da Portaria Normativa nº 007-2008/PR legalidade do processo, emitido por Comissão de Avaliação de Esterilização especialmente constituída, nas Supervisões de Auditoria Médica e de Medicina Social.~~

~~IV— A Comissão de que trata o Inciso III deve ser constituída por no mínimo 03 (três) membros nomeados por ato do Diretor de Assistência e contar obrigatoriamente com a participação de 01 (um) ginecologista do quadro de médicos do Ipasgo.~~

~~Art. 12 Para efeito do cumprimento desta portaria, fica estabelecido o fluxo de ações enumeradas abaixo:~~

~~I— a solicitação de esterilização cirúrgica emitida pelo médico assistente deve ser apresentada nas regionais do interior e Serviço Social da Capital pela mulher ou o homem interessada(o) ou por representação legal;~~

~~II— a aceitação da solicitação subordina-se ao estabelecido no art. 2º desta portaria, devendo estar acompanhada de toda a documentação pertinente, conforme estabelecido no artigo mencionado;~~

~~III— a Gerência de Auditoria Médica, Odontológica e Medicina Social procederá, pela Comissão de Avaliação de Autorização de Esterilização à análise da solicitação de esterilização e toda a documentação apresentada, podendo requerer no estrito juízo desta, informações e documentações adicionais necessárias à fundamentação de seu parecer;~~

~~IV— o resultado da análise será comunicado à solicitante por meio da ficha de Avaliação de Esterilização Cirúrgica, contendo o parecer;~~

~~V— em caso de falta de amparo legal para o procedimento, o parecer deverá ser pela negação da cobertura do procedimento de esterilização, pela assistência do Ipasgo Saúde;~~

~~VI— deferido o pedido, cópia da ficha de avaliação com o parecer autenticado pelo Serviço Social deverão ser anexados à solicitação de atendimento, emitida pelo médico assistente, contendo a autorização do procedimento de esterilização, incluindo ou não procedimento obstétrico;~~

~~VII— a documentação definida no inciso VI deve ser apresentada a um dos postos de atendimento para a emissão da “Guia de Internação” em nome do hospital da rede credenciada escolhido para realização do procedimento;~~

~~VIII— toda documentação ficará arquivada na pasta de esterilização cirúrgica do cliente, a cargo do serviço social.~~

~~Art. 13 Casos controversos serão analisados pela Gerência de Auditoria Médica, Odontológica e Medicina Social e/ou Diretoria de Assistência.~~

~~Art. 14 Ficam revogadas as disposições em contrário.~~

~~Art. 15 Esta portaria normativa entra em vigência a partir da data de sua assinatura.~~

~~DÊ-SE CIÊNCIA e CUMPRA-SE.~~

~~GABINETE DA PRESIDÊNCIA DO IPASGO, em Goiânia, aos 9 dias do mês de julho de 2008.~~

Geraldo Lemos Scarulles _____ Bento Xavier de Almeida
Presidente do Ipasgo _____ Diretor de Assistência

IPASGO – ANEXO I
PORTARIA NORMATIVA Nº 007/ 2008-PR

CONFERÊNCIA MÉDICA PARA LAQUEADURA DE TROMPAS

Hospital Credenciado: _____ Matrícula _____
Momento da cirurgia: 1- fora do período gravídico puerperal () 2- transparto ()
Nome da paciente: _____ Matrícula: _____
Naturalidade: _____ Estado: _____ Nacionalidade: _____
Identidade: _____ CPF: _____ Estado civil: _____ Idade _____ anos
Endereço: Rua/Av.: _____ Qd: _____ Nº: _____ Unidade: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Aos _____ dias do mês de _____ de ano de _____, os médicos abaixo Assinados, inscritos no Conselho Regional de Medicina desta jurisdição, respectivamente sob os números _____ e _____ analisaram em conferência médica, os dados clínicos/obstétricos da paciente acima identificada. De acordo com esta avaliação, indicaram a realização da esterilização cirúrgica, nos termos do inciso II do artigo 10 da lei 9.263 de 12/01/96. A fundamentação da indicação se faz de acordo com o(s) diagnóstico(s) seguintes:

Diagnóstico Principal: _____ CID 10 _____

Diagnóstico Secundário: _____ CID 10 _____

Lavraram, portanto, o presente termo em 03 (três) vias que após avaliação técnica pela Comissão de Avaliação de Esterilização do Ipasgo Saúde, terão o seguinte encaminhamento: a primeira arquivada pela comissão, compondo o prontuário de esterilização da paciente, a segunda anexada ao prontuário hospitalar da paciente e a terceira para notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde (Art. 11 Lei 9263 de 12 de janeiro de 1996).

Médico Assistente Carimbo _____ Médico conferencista Carimbo

Assinatura da Paciente _____ Assinatura do Cônjuge ou
Representante Legal

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

~~IPASGO – ANEXO II~~
~~PORTARIA NORMATIVA Nº 007/2008/PR~~

~~TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO MÉDICO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA POR LAQUEADURA TUBÁRIA BILATERAL~~

Identificação da paciente:

Nome : _____ **Estado civil:** _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Idade _____ anos Identidade: _____ CPF: _____
Profissão: _____ Endereço: Rua/Av: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Qd: ___ Lt. ___
Nº. ___ Unidade: ___ CEP _____ Tel.: Res.: _____
Tel. Com.: _____ E-Mail: _____

Identificação da Prole:

Nome : _____ Idade _____ anos
Nome : _____ Idade _____ anos
Nome : _____ Idade _____ anos
Nome : _____ Idade _____ anos

Identificação do Cônjuge/Companheiro

Nome : _____ Estado civil: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Idade _____ anos Identidade: _____ CPF: _____
Profissão: _____

Nome: _____, paciente acima qualificada, vem pelo presente Termo de Consentimento, e por sua livre e espontânea vontade, solicitar ao seu médico, **Dr.** _____ que a submeta ao procedimento de esterilização cirúrgica por **Laqueadura Tubária Bilateral**.

Nome: _____ na qualidade de Cônjuge /Companheiro da paciente, abaixo assinado, tem pleno conhecimento de sua decisão e de todas as conseqüências da mesma e está de acordo com a realização da cirurgia – laqueadura tubária bilateral – em sua esposa/companheira.

Declaro ainda, conjuntamente, com meu cônjuge /companheiro estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento, cirúrgico em especial que:

- ~~1) as cirurgias de esterilização humana são procedimentos definitivos e irreversíveis, consistindo basicamente na interrupção da continuidade das tubas uterinas, com o objetivo de impedir a fecundação do óvulo;~~
- ~~2) foram apresentadas várias formas de abordagem da cirurgia para a realização da laqueadura tubária, a saber: laparoscópica, microlaparotomia, vaginal e pós-cesárea;~~
- ~~3) essas técnicas cirúrgicas exigem anestesia, a qual será avaliada pelo serviço de Anestesiologia;~~
- ~~4) foram disponibilizadas à paciente informações sobre todos os outros métodos de Barreira, anticoncepção Hormonal, Contracepção intra-uterina e métodos Naturais. Na ocasião, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contra indicações e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;~~
- ~~5) um futuro arrependimento da paciente não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do Cônjuge/Companheiro ou de seu filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que, neste caso, **nenhuma solução referente a reversão da cirurgia poderá ser oferecida** ;~~
- ~~6) a ligadura tubária, à semelhança dos demais métodos contraceptivos, **não possui 100% de eficácia**, estando sujeita a um percentual de insucesso de aproximadamente 0,5% (possibilidade de gravidez);~~
- ~~7) a gravidez ectópica (fora do útero) embora ocorra remotamente, e uma possibilidade a ser considerada em pacientes que tenham se submetido a ligadura tubária;~~
- ~~8) como em qualquer outro ato operatório, ao submeter-se à cirurgia de ligadura tubária a paciente está também sujeita a sofrer complicações e idiosincrasias, intra-operatórias e pós-operatória, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, lesões ou perfurações de órgãos, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos de parede ou intracavitários, pelviperitonites), seromas, cistites, anemia, eventração, tromboembolismos, hematomas, parada cardiorrespiratória, dentre outras;~~
- ~~9) cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico lhe foi detalhadamente explicada pelo médico assistente;~~
- ~~10) como em toda intervenção cirúrgica, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente;~~
- ~~11) se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício da paciente;~~
- ~~12) o tempo de hospitalização poderá estender-se além do programado;~~
- ~~13) estando a paciente de posse do presente termo, lhe serão concedidos **60 (sessenta) dias, contados a partir desta data**, para novamente discutir com seu Cônjuge/Companheiro acerca da conveniência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;~~
- ~~14) é de seu livre arbítrio a decisão a ser tomada , bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epigrafe, mediante a assinatura do termo de revogação abaixo transcrito, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.~~

~~Consoante ao que vai acima exposto, declara estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de laqueadura tubária.~~

~~E para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter à esterilização cirúrgica pelo método de laqueadura tubária, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por seu Cônjuge/Companheiro, por 02 (duas) testemunhas e pelo médico responsável.~~

~~Paciente: _____ Data: ____/____/____~~

~~Cônjuge / Companheiro: _____ Data: ____/____/____~~

~~Testemunhas: _____ RG: _____~~

~~_____ RG: _____~~

~~Médico Responsável: _____ CRM N.º. _____~~

~~Local e data: ____/____/____~~

TERMO DE DECLARAÇÃO MÉDICA

~~Declaro que a paciente _____, apresenta neste ato plena capacidade de discernimento e não demonstra alterações emocionais e/ou mentais que possam ter influenciado a decisão para realização da laqueadura tubária bilateral.~~

~~Médico Responsável: _____ CRM N.º. _____~~

~~Local e Data: ____/____/____~~

TERMO DE RECEBIMENTO

~~Declaro que recebi o presente termo de consentimento 60 (sessenta) dias antes da data prevista para realização da laqueadura tubária.~~

~~Paciente: _____ Data: ____/____/____~~

~~Cônjuge / Companheiro: _____ Data: ____/____/____~~

TERMO DE REVOGAÇÃO

~~Revogo o consentimento prestado no presente documento, declaração que não desejo prosseguir com o tratamento, dando este por finalizado.~~

Paciente: _____

Data: ____/____/____

DOCUMENTOS ANEXOS

- ~~1) Cópia Xerográfica da Certidão de Casamento~~
- ~~2) Cópia Xerográfica da Carteira de Identidade~~
- ~~3) Cópia Xerográfica das Certidões de Nascimentos dos Filhos~~

Nota: ~~Todas as folhas do presente documento devem ser assinadas pela paciente e seu cônjuge/companheiro.~~

IPASGO – ANEXO III
PORTARIA NORMATIVA Nº 007/2008-PR

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO MÉDICO DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA POR VASECTOMIA
BILATERAL

Identificação do paciente

Nome : _____ Estado civil: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Idade ____ anos Identidade: _____ CPF: _____
Profissão: _____ Endereço: Rua/Av: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Qd: ____ Lt. ____
Nº. ____ Unidade: ____ CEP _____ Tel.: Res.: _____
Tel. Com.: _____ E-Mail: _____

Identificação da Prole:

Nome : _____ Idade ____ anos
Nome : _____ Idade ____ anos
Nome : _____ Idade ____ anos
Nome : _____ Idade ____ anos

Identificação do Cônjuge/Companheira

Nome : _____ Estado civil: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Idade ____ anos Identidade: _____ CPF: _____
Profissão: _____

Nome: _____, paciente acima qualificado, vem pelo presente Termo de Consentimento, e por sua livre e espontânea vontade, solicitar ao seu médico, **Dr.** _____ que o submeta ao procedimento de esterilização cirúrgica por **Vasectomia Bilateral**.
Bilateral. Nome: _____ na qualidade de

Cônjuge /Companheira do paciente, abaixo assinado, tem pleno conhecimento de sua decisão e de todas as conseqüências da mesma e está de acordo com a realização da cirurgia Vasectomia Bilateral em seu esposo/companheiro.

Declaro ainda, conjuntamente, com minha cônjuge /companheira estar perfeitamente ciente de todos os aspectos que envolvem o aludido procedimento, cirúrgico em especial que:

A intervenção de VASECTOMIA consiste basicamente na **INTERRUPÇÃO DA CONTINUIDADE DOS DUCTOS DEFERENTES**, impedindo a presença de espermatozóides no ejaculado, com o objetivo de promover esterilização masculina.

~~foram-me apresentados os detalhes da cirurgia, com padrão de realização em regime ambulatorial e sob anestesia local. A técnica básica usada para oclusão do ducto deferente consiste em cortá-lo e fechar as extremidades através de ligadura, eletrocoagulação ou colocação de grampos.~~

~~Embora, o método de vasectomia seja muito eficaz, sua efetividade não é 100%. Existe uma porcentagem de falha de 0,15 para cada 100 homens após o primeiro ano do procedimento.~~

~~foram disponibilizadas informações sobre todos os outros métodos anticoncepcionais ao alcance do casal como os de Barreira (uso de preservativos), anticoncepção Hormonal, Contracepção por dispositivos intra-uterinos e métodos Naturais. Na ocasião, foram feitas observações quanto ao grau de eficiência, limitações, contra-indicações e possibilidade de reversibilidade de cada um desses métodos;~~

~~um futuro arrependimento do paciente não pode ser descartado, em decorrência de situações extraordinárias como morte do Cônjuge/Companheiro ou de seu filho, separação, novo casamento, dentre outras, e que, neste caso, **nenhuma solução referente a reversão da cirurgia poderá ser requerida ou oferecida**; pela Assistência do IPASGO SAÚDE.~~

~~como em qualquer outro ato cirúrgico, ao submeter-se à cirurgia de vasectomia bilateral o paciente está também sujeito a sofrer complicações e idiosincrasias, trans-operatórias e pós-operatórias, tais como: reações aos medicamentos administrados, hemorragias, queimaduras por bisturi elétrico, infecções (abscessos, hematomas, anafilaxias parada cardiorrespiratória, dentre outras;~~

~~cada uma dessas complicações e o significado de seu nome técnico, foi detalhadamente explicado pelo médico assistente;;~~

~~como em toda intervenção, existe um risco excepcional de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico ou das condições vitais do paciente ;~~

~~estando o paciente de posse do presente termo, lhe serão concedidos 60 (sessenta) dias, contados a partir desta data, para novamente discutir com sua Esposa/Companheira acerca da conveniência de se submeter ao procedimento cirúrgico esterilizatório;~~

~~é de seu livre arbítrio a decisão a ser tomada , bem como que poderá desistir de realizar o procedimento cirúrgico em epigrafe, mediante a assinatura do termo de revogação abaixo transcrito, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso adotar outros métodos contraceptivos.~~

~~Consoante ao que vai acima exposto declara estar plenamente satisfeito com as informações recebidas e perfeitamente inteirado do alcance e dos riscos inerentes ao tratamento cirúrgico de vasectomia bilateral.~~

~~Para que fique registrado o seu pleno consentimento em se submeter à esterilização cirúrgica pelo método de vasectomia bilateral, firma o presente documento em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais vão também assinadas por sua Esposa/Companheira, por 02 (duas) testemunhas e pelo médico responsável.~~

Paciente: _____

Data: ____/____/____

Cônjuge / Companheira: _____ Data: ____/____/____
Testemunhas: _____ RG: _____
_____ RG: _____
Médico Responsável: _____ CRM N°. _____
Local e data: ____/____/____

TERMO DE DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro que o paciente _____, apresenta neste ato plena capacidade de discernimento e não demonstra alterações emocionais e/ou mentais que possam ter influenciado a decisão para realização da Vasectomia Bilateral.

Médico Responsável: _____ CRM N°. _____
Local e Data: ____/____/____

TERMO DE RECEBIMENTO

Declaro que recebi o presente termo de consentimento 60 (sessenta) dias antes da data prevista para realização da Vasectomia Bilateral.

Paciente: _____ Data: ____/____/____
Cônjuge / Companheira: _____ Data: ____/____/____

TERMO DE REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado no presente documento, declaração que não desejo prosseguir com o tratamento, dando este por finalizado.

Paciente: _____ Data: ____/____/____

DOCUMENTOS ANEXOS

- 1) Cópia Xerográfica da Certidão de Casamento
- 2) Cópia Xerográfica da Carteira de Identidade
- 3) Cópia Xerográfica das Certidões de Nascimentos dos Filhos

Nota: Todas as folhas do presente documento devem ser assinadas pela paciente e seu cônjuge/companheira.

