

FOR_004- DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) E NÃO HORMONAL**INFORMAÇÕES DA BENEFICIÁRIA**

Nome da Beneficiária (Completo e sem abreviação):

RG:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA EMISSÃO:	
CPF:	CIB:	VALIDADE DO CIB:	
Data de Nascimento: / /	Telefone com.res.: ()	Telefone Celular: ()	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:			

COBERTURA DA GATROPLASTIA - DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO DA ANS

Nome (Completo e sem abreviações):

Matrícula:	CIB:	Validade do CIB: ____/____/____
Telefone com.res.: ()	Telefone Celular: ()	
E-mail:		

Caso o beneficiário titular seja o mesmo acima, não preencher este campo.*DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) IMPLANTADO** HORMONAL NÃO HORMONAL**DECLARAÇÃO**

Eu, _____ declaro para os devidos fins, e sob as penas da Lei, que fui orientado/sobretudo as implicações e consequências do implante do DIU e estou ciente dos requisitos médicos para a sua realização.

Declaro ainda que fui orientada pelo (a) médico (a) _____ Sob os riscos inerentes ao implante do L. DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo entre outras complicações, bem como sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre as menstruações e cólicas de maior intensidade.

Declaro, também, estar ciente de que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto a esse método contraceptivo que, dependendo do modelo implantado, pode variar de 0,3% a 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após a inclusão, pelo qual, portanto, eximo de qualquer responsabilidade o SERPRO, caso isso venha a ocorrer.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também, esclarecidas todas as minhas dúvidas, declaro estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de implante de DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias à sua realização.

ASSINATURA

_____, ____/____/____

Local e Data

Assinatura da Beneficiária

Assinatura do Médico e Carimbo