

**DADOS DA PACIENTE:**

Paciente/ Declarante: \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nº do prontuário: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**DADOS DO RESPONSÁVEL PELA PACIENTE (SE NECESSÁRIO):**

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**DECLARO** para os devidos fins, e sob as penas da lei, que fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal** e estou ciente dos requisitos para sua realização.

**DECLARO** ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante de **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal**, tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo, entre outras complicações. Além disso, tenho conhecimento que referido implemente pode vir a causar a alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruação e cólicas de maior intensidade.

**DECLARO** também estar ciente de que o **Dispositivo Intra-Uterino (DIU) hormonal** não é um método contraceptivo 100% eficaz, podendo apresentar percentual de erros e/ou falhas e que, a depender do modelo implantado, pode variar de 0,3 a 3,3%, não podendo ser descartada a possibilidade de gravidez após sua inserção, razão pela qual eximo o médico assistente e o HOSPITAL UNIMED - Cooperativa de Trabalho Médico da Região Oeste Catarinense de qualquer responsabilidade que venha ocorrer.

**DECLARO** ter sido orientada quanto à necessidade de acompanhamento médico regular após a implantação do dispositivo, bem como que o mesmo deve ser trocado dentro prazo estipulado pelo fabricante de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar entre 03(três) a 10(dez) anos.

Assim, considerando que todas as informações acima foram prestadas de forma clara e que foram por mim compreendidas, tendo sido ainda 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 Intra-Uterino (DIU) hormonal**, concordando com as condutas médicas necessárias a sua realização.

Chapecó (SC) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

_____ Ass. Paciente e/ou Responsável	_____ Ass. Medico Assistente
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____	CRM: _____

**Código de Ética Médica - É vedado ao médico:**

**Art. 22º.** Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

**Art. 34º.** Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078/90 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor:**

**Art. 9º** - O fornecedor de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto.

**Art. 39º** - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas:

VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.