



NORM.TEC.Nº013/2019/DIR – Anexo II
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
Implante de Dispositivo Intra Uterino (DIU)

www.unimedmaringa.com.br
Av. Bento Munhoz da R. Neto, 750
87030-010 – Maringá – PR
T. (44) 3221-4200

PACIENTE

Nome:		
Idade:	Telefone:	
Endereço:		
RG nº:	Órgão emissor:	Data emissão:

MÉDICO

Nome:			
CRM PR Nº:		CPF Nº:	
Local implante:	☐ Consultório/Clínica	☐ Hospital	
ENDEREÇO COMPLETO DO LOCAL DO IMPLANTE:			
Rua/AV.:			
Nº:	Complemento:	Bairro:	CEP:

DIU

HORMONAL		NÃO HORMONAL
☐ Mirena®	☐ Kyleena®	☐ (Cobre)

Eu, _____ ,
declaro que o Doutor _____
esclareceu-me sobre as indicações, contra-indicações, riscos e possíveis complicações do uso do dispositivo intra
uterino (DIU) e que consinto na sua implantação.
A implantação está prevista para acontecer na seguinte data: ____ / ____ / ____ .

Médico

Paciente



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

CÓD.: 19810

"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues

ANS - nº 371254

