

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**  
**Implante de Dispositivo Intra Uterino (DIU)**

PACIENTE		
Nome: _____		
Idade: _____	Telefone: _____	
Endereço: _____		
RG nº: _____	Órgão emissor: _____	Data emissão: _____
MÉDICO		
Nome: _____		
CRM Nº: _____	CPF Nº: _____	
Local implante: <input type="checkbox"/> Consultório/Clínica <input type="checkbox"/> Hospital: _____		
Indicação clínica: _____		
Endereço completo do local do implante:		
Rua/Av.: _____		
Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____		
DIU		
<input type="checkbox"/> Hormonal	<input type="checkbox"/> Não hormonal	

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