

Dados da beneficiária

Nome	
Código (nº da carteira)	CPF

Declaro para os devidos fins, e sob as penas da lei, que eu, acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e estou ciente dos requisitos médicos para a sua realização.

Declaro ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante do 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 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 sua inclusão, pelo qual, portanto, eximo de qualquer responsabilidade a operadora Unimed Campina Grande Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. caso isso venha a ocorrer.

Declaro ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do DIU e que o mesmo deve ser trocado no prazo estipulado pelo fabricante de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar no intervalo de 3 (três) a 10 (dez) anos.

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 do DIU por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias à sua realização.

Campina Grande, ____/____/____.

Assinatura da beneficiária