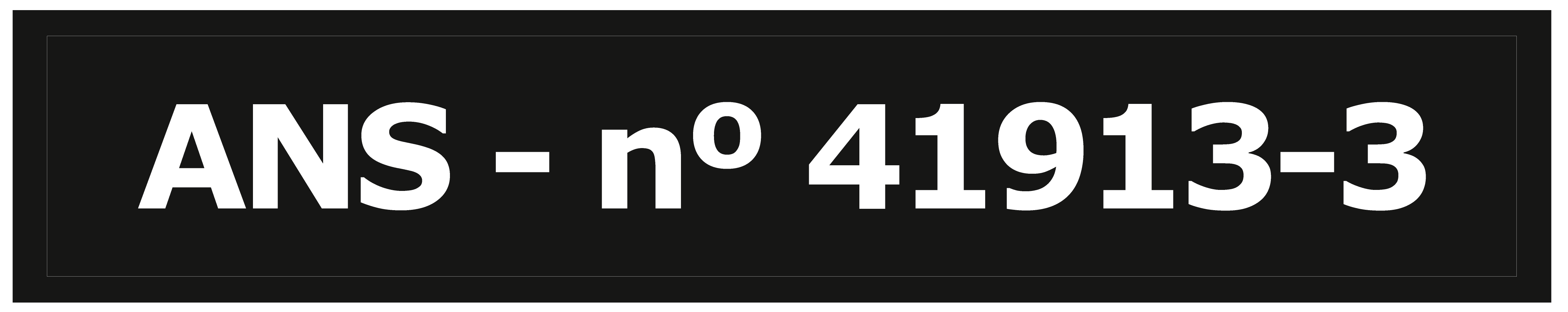
**#20**

**NUP:**      /

**FOP 014.02 - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) E NÃO HORMONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DA BENEFICIÁRIA** | | | | | | | | |
| **Nome da beneficiária (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | **Estado Civil:** | |
| **RG:** | **Órgão Emissor:** | | | | **Data de Emissão:**   /  / | | | |
| **CPF:** | **CIB:** | | | | | **Validade do CIB:**   /  / | | |
| **Data de Nascimento:**    /  / | **Telefone com./res.:**  ( ) | | | | **Telefone celular:**  ( ) | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | **CEP:** |
| **Bairro:** | | | **Cidade:** | | | | | **UF:** Escolher um item. |
| **E-mail:** | | | | | | | | |
| **INFORMAÇOES DO BENEFICIÁRIO TITULAR\*** | | | | | | | | |
| **Nome (Completo e sem abreviação):** | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | | | | |
| Eu,       declaro para os devidos fins, e sob as penas da Lei, que fui orientado sobre todas as implicações e consequências do implante do DIU e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.  Declaro ainda que fui orientada pelo (a) médico (a)       sobre os riscos inerentes ao implante de 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 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 sua inclusão, pelo qual, portanto, eximo de qualquer responsabilidade a Postal Saúde – Caixa de Assistência e Saúde dos Empregados os Correios, 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 | | | | | | | | |

****