

# DECLARAÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Associada/Beneficiária:

Nº de matrícula:

Documento de Identidade:

Órgão Expedidor:

CPF:

## DECLARAÇÃO

DECLARO, através desta manifestação e para os devidos fins, estando compromissada com a verdade, que eu, acima identificada e abaixo assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e as consequências que decorrem do implante do Dispositivo Intra-Uterino (DIU), estando ciente dos requisitos médicos para sua realização.

DECLARO, também, estar ciente dos riscos inerentes ao implante do Dispositivo Intra-Uterino (DIU), tais como infecção, perfuração uterina, migração do dispositivo e outras complicações aqui não mencionadas, estando orientada sobre os possíveis efeitos colaterais como alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre as menstruações e cólicas de maior intensidade.

DECLARO, ainda, estar ciente de que há porcentagens de erros e/ou falhas quanto à utilização desse método contraceptivo que, na dependência do modelo do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) implantado, as chances de engravidamento são de 4 (quatro) em cada 100 (cem) mulheres, existindo, portanto, a possibilidade de eu engravidar após a inclusão do mesmo. Motivo este, pelo qual, eximo de qualquer responsabilidade a Capesesp, caso isso aconteça.

DECLARO, por fim, ter sido orientada acerca da necessidade de acompanhamento médico regular após o implante do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e que o mesmo deve ser trocado no prazo fixado pelo fabricante, conforme o modelo implantado, podendo este prazo variar de 3 (três) a 10 (dez) anos, de acordo com as respectivas instruções que recebi.

Assim, estando todas essas explicações plenamente entendidas, tendo sido esclarecidas todas as minhas dúvidas, DECLARO estar satisfeita com essas informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de Implante do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) por mim solicitado, concordando com as condutas médicas necessárias à realização deste procedimento.

Local

Data

Assinatura da Associada/Beneficiária

## RESERVADO À CAPESESP

Deferido

Indeferido

Nº da Senha:

Observações:

Local

Data

Assinatura da Associada/Beneficiária