

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA IMPLANTE DE DISPOSITIVOS CONTRACEPTIVOS**
(DIU HORMONAL, DIU NÃO HORMONAL E IMPLANTE SUBDÉRMICO)

Nome completo:

Matrícula CS:

Endereço:

Nº:

Bairro:

Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Telefone (1):

Telefone (2):

Nome do(a) médico(a):

CRM:

Unidade de saúde onde se realizará o procedimento:

Os dispositivos contraceptivos são dispositivos que possuem como finalidade o método anticonceptivo, cuja implantação e retirada são realizadas no consultório do médico assistente da especialidade de ginecologia, observando-se que a Cemig Saúde cobre o procedimento de implantação, e não somente o dispositivo.

Para a implantação, eu não devo ter sido submetida à laqueadura, sendo a finalidade da implantação exclusivamente para a contracepção e/ou planejamento familiar, o que expressamente declarei ao profissional médico.

Fui devidamente orientada pelo médico assistente sobre o método escolhido, incluindo benefícios, riscos, possíveis efeitos adversos, eficácia e prazo de duração do dispositivo.

Declaro ter sido informada também que há porcentagens de erro e/ou falhas quanto a este método contraceptivo que, na dependência do modelo implantado, pode variar de 0,3 a 33%, havendo possibilidade de engravidar após sua inclusão.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também esclarecidas todas as minhas dúvidas junto ao médico solicitante, declaro estar satisfeita com as informações e compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de implante de Dispositivo de contracepção por mim solicitado, concordando com as condutas médicas que me foram explicadas que serão realizadas no procedimento, autorizo o envio do dispositivo solicitado.

Assinatura do paciente ou responsável legal em caso de menores

de idade **(obrigatório reconhecer firma em cartório se, responsável legal)**

Assinatura e carimbo do médico responsável

Local e data:

O beneficiário acima qualificado, titular dos dados, sensíveis ou não, declara para os devidos fins, que autoriza e que tem total ciência que os seus dados pessoais e/ou sensíveis serão tratados pela Cemig Saúde por seus funcionários, prepostos, colaboradores, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com o objetivo de atendimento das normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar e do objeto social da Cemig Saúde que visa prestar serviços de Plano de Saúde a seus beneficiários. Os dados serão tratados enquanto houver necessidade de cumprimento de obrigação legal, contratual e regulatória, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação vigente.