

**DECLARAÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DE VONTADE
PARA INCLUSÃO DE DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)**

Nome Completo da Beneficiária: _____

Identidade (nº e órgão expedidor): _____

Matrícula na UNIMED nº: _____

DECLARO, através desta manifestação e para os devidos fins, estando compromissada com a verdade, que eu, acima identificada e adiante 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 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 em cada 100 mulheres, **existindo, portanto, a possibilidade de eu engravidar após a inclusão do mesmo**. Motivo este, pelo qual, **eximo** de qualquer responsabilidade a **Unimed-Rio**, caso isso aconteça.

DECLARO, por fim, ter sido **orientada acerca da necessidade de acompanhamento médico regular, após a implantação do Dispositivo Intra-Uterino (DIU)**, e que o mesmo **deve ser trocado no prazo fixado pelo fabricante, de acordo com o modelo implantado**, podendo este prazo variar de 3 a 10 anos, tudo nos termos das 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.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Beneficiária