

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO
IMPLANTE DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)****PACIENTE**

Nome: _____

Idade: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

RG nº: _____

Órgão emissor: _____

Data emissão: _____

MÉDICO

Nome: _____

CRM Nº: _____

CPF Nº: _____

Local implante: Consultório/Clínica Hospital: _____

Endereço completo do local do implante:

Rua/Av.: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

DIU Hormonal Não hormonal

Eu, _____,

declaro que o Doutor _____

esclareceu-me sobre as indicações, contra-indicações, riscos e possíveis complicações do uso do dispositivo intra uterino (DIU) e que consinto na sua implantação.

Ass. do Médico / Carimbo CRM_____
Paciente.

Código de Ética Médica – Art. 22. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 34. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39º - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.