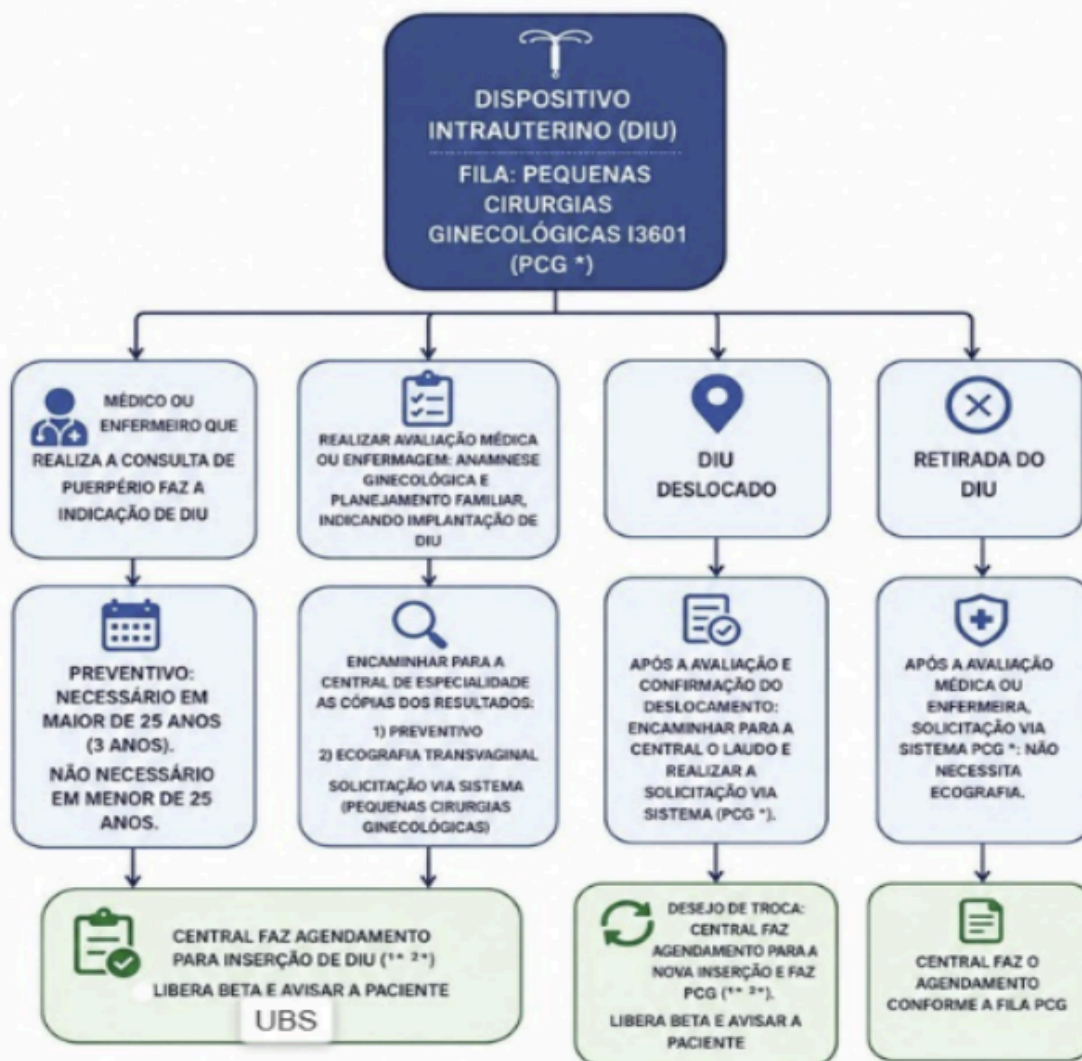




DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)
I3601 - PEQUENAS CIRURGIAS GINECOLÓGICAS
PLANEJAMENTO FAMILIAR



* 1 - Agendamento após os 40 dias de Parto ou cesárea;

* 2 - Até 3 meses de puerpério não é necessário ECO.

06/08/2026

Todas as solicitações devem ser via SIGSS. **I3601 PEQUENAS CIRURGIAS GINECOLÓGICAS**
Avaliar e tratar Vaginoses previamente a avaliação na Central de Especialidades.

Rua: Carmelita Nodari, nº 132 - Jardim Gisela - Toledo/Pr - CEP 85905-562 Telefone - (45) 3196-3000



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSERÇÃO DE
DIU**

Eu, _____, CPF _____, RG _____,
residente à rua _____ telefone _____,
manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter sido orientada sobre os demais métodos anticoncepcionais para o meu caso. Declaro que recebi as seguintes informações: O DIU é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo. Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo. Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar. Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo. Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado. Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com preveni-las. Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão da paciente onde constam informações sobre o tipo do meu DIU, quando devo fazer a próxima revisão e quando devo trocá-lo.

Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações: _____

Assinatura e carimbo do profissional que colocou o DIU _____

Assinatura da paciente _____

Toledo, ____ de _____ de 20 ____.

Rua: Carmelita Nodari, nº 132 - Jardim Gisela - Toledo/Pr - CEP 85905-562 Telefone - (45) 3196-3000



PREFEITURA DE
TOLEDO

SECRETARIA
DA **SAÚDE**

DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSERÇÃO DE
DIU**

Eu, _____, CPF _____, RG _____,
residente à rua _____ telefone _____,
manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter sido orientada sobre os demais métodos anticoncepcionais para o meu caso. Declaro que recebi as seguintes informações: O DIU é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo. Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo. Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar. Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo. Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado. Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com preveni-las. Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão da paciente onde constam informações sobre o tipo do meu DIU, quando devo fazer a próxima revisão e quando devo trocá-lo.

Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações: _____

Assinatura e carimbo do profissional que colocou o DIU _____

Assinatura da paciente _____

Toledo, ____ de _____ de 20 ____.

Rua: Carmelita Nodari, nº 132 - Jardim Gisela - Toledo/Pr - CEP 85905-562 Telefone - (45) 3196-3000

Assinaturas

Página: 1



Documento: 17917/2026 - DIU FLUXO APS.pdf

Data: 06/08/2026 13:01:55

Assinatura avançada realizada por: NILTON AUGUSTO GUIMARÃES PERLIN em 06/08/2026 13:03:01.

Assinatura avançada realizada por: ADRIANE MONTEIRO SANTANA em 06/08/2026 14:15:31.

Assinatura avançada realizada por: KARLA DAYANNA DE ALMEIDA LORENSETTI ROMAN em 07/08/2026 08:03:12.



Documento assinado nos termos do Decreto Nº 1013/2020

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:

<http://equiplanoweb.toledo.pr.gov.br/tramitacaoProcesso/#!/consulta-anexo-assinado/entidade/136> com

o código 15e2dc30-a5c9-474a-b282-1ef82359f97e