



**PREFEITURA DE  
ARAUCÁRIA  
SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INSERÇÃO  
DO IMPLANTE SUBCUTÂNEO**

Este documento tem por objetivo informar sobre o procedimento de Inserção do implante subcutâneo liberador de etonogestrel, escolhido pela paciente, bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada, esclarecemos que a equipe de saúde está a sua disposição para esclarecer as dúvidas, neste momento, antes do procedimento.

Eu \_\_\_\_\_  
(nome da paciente), declaro que após receber as orientações da equipe de saúde sobre os métodos contraceptivos, optei pelo método disponível: IMPLANTE SUBCUTÂNEO LIBERADOR DE ETONOGESTREL. Declaro, sob as penas da lei, que:

1. Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.
2. Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos disponíveis na rede de saúde do município de Araucária - Pr, tendo optado pelo uso do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel.
3. Fui informada que a inserção do Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção, havendo mesmo que em menor proporção risco de gravidez que chega a 0,05%.
4. Fui informada das complicações mais frequentes relacionadas à inserção: dor local, hematoma, sangramento, alteração do padrão de sangramento menstrual, cefaleia, acne, sensibilidade e dor mamária, possível aumento do peso e infecção local.



**PREFEITURA DE  
ARAUCÁRIA  
SAÚDE**

5. Fui informada que posso desistir de realizar o procedimento a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo neste caso optar por outros métodos contraceptivos.
6. Fui informada que em caso de inadequação do implante, seja de quaisquer espécies, o mesmo poderá ser retirado a qualquer momento.
7. Estou ciente que, como método anticoncepcional, o Implante Subcutâneo Liberador de Etonogestrel, também apresenta contraindicações, não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitas ou presença de cânceres de mama, fígado e trombose na fase aguda.
8. Finalmente, estou informada que este termo não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou passíveis de acontecer, mas apenas os mais frequentes.

Diante do exposto acima, declaro estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e das consequências inerentes à inserção do Implante subcutâneo liberador de etonogestrel.

---

**Assinatura da paciente e/ou Responsável Legal**

---

**Nome do Responsável Legal**

---

**RG ou CPF da paciente ou Responsável Legal**



**PREFEITURA DE  
ARAUCÁRIA  
SAÚDE**

---

**Local e data**

Declaração do (a) profissional:

O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações foram esclarecidos à usuária, antes que este Termo de Consentimento fosse assinado por ela.

---

**Assinatura e carimbo do profissional**

**ATENÇÃO**

Adolescentes com idade entre 14 a 17 anos, 11 meses e 29 dias, e as mulheres consideradas legalmente incapazes (em qualquer idade prevista no protocolo), a assinatura do Termo de Consentimento deverá ser efetuada por um Responsável Legal.