



**Este documento deve ser totalmente preenchido pelo médico assistente e encaminhado para autorização prévia.**

Beneficiária: \_\_\_\_\_  
Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

***Critérios para Inclusão***

Necessidade contraceptiva temporária para pacientes que tenham experimentado todos os demais métodos contraceptivos, sem apresentar adaptação. O médico assistente solicitante deverá relacionar:

- 1) Todos os métodos contraceptivos utilizados anteriormente: \_\_\_\_\_
- 2) Tempo de uso de cada método contraceptivo: \_\_\_\_\_
- 3) Efeitos colaterais apresentados: \_\_\_\_\_

***Contraindicações Absolutas***

1. Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos 3 meses ( ) Sim ( ) Não
2. Cervicites por Chlamydia, Micoplasma, Ureaplasma ou Neisseria ( ) Sim ( ) Não
3. Aborto infectado nos últimos 3 meses ( ) Sim ( ) Não
4. Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido ( ) Sim ( ) Não
5. Tuberculose pélvica ( ) Sim ( ) Não
6. Antecedentes de Doença Inflamatória Pélvica por duas ou mais vezes ( ) Sim ( ) Não
7. Câncer cérvico-uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma ( ) Sim ( ) Não
8. Alterações anatômicas do útero congênita ou adquirida que impeçam uma correta posição do DIU (anomalia uterina congênita – ex.: leiomioma deformando a cavidade) ( ) Sim ( ) Não
9. Pós-parto imediato (entre 3 e 28 dias) ( ) Sim ( ) Não
10. Portadoras de vírus HIV ( ) Sim ( ) Não
11. Doenças trofoblástica benigna ( ) Sim ( ) Não
12. Portadoras de câncer de mama ( ) Sim ( ) Não
13. Portadoras de displasia cervical ( ) Sim ( ) Não
1. Existência de contracepção definitiva ( ) Sim ( ) Não
2. Endometrite pós-parto ( ) Sim ( ) Não
3. Doença hepática aguda ou tumor hepático ( ) Sim ( ) Não

***Contraindicações Relativas***

1. Idade inferior a 20 anos ( ) Sim ( ) Não
2. Nuliparidade ( ) Sim ( ) Não
3. Presença de miomas uterinos ( ) Sim ( ) Não
4. Presença de doença cardíaca valvular complicada (fibrilação atrial) pelo risco de tromboembolismo ( ) Sim ( ) Não
5. Enxaqueca, enxaqueca focal com perda de visão assimétrica ou outros sintomas indicativos de isquemia cerebral transitória ( ) Sim ( ) Não



# Formulário – AST

## Protocolo Técnico para Autorização de DIU Hormonal



- 6.Cefaléia excepcionalmente intensa ( ) Sim ( ) Não
- 7.Tromboembolismo ou risco aumentado para este ( ) Sim ( ) Não
- 8.Pacientes em menopausa ( ) Sim ( ) Não
- 9.Pré-menopausa (avaliação médica da necessidade do método em paciente com idade superior a 45 anos) ( ) Sim ( ) Não

### Observações:

- Estes critérios para exclusão do fornecimento de DIU HORMONAL são embasados em conhecimentos recentemente publicados e aceitos pela comunidade científica, podendo estar sujeitos a mudanças conforme o surgimento de novos dados ou diretrizes fornecidas em medicina baseada em evidências.
- A presença de qualquer critério acima descrito evidencia contra indicação absoluta e/ou relativa para uso do medicamento.
- O fornecimento de dispositivo intrauterino hormonal ocorrerá após preenchimento de formulário “Protocolo Técnico para Autorização de DIU hormonal” pelo médico assistente, não estando presentes nenhuma das contra indicações absolutas. **Havendo divergência na indicação do procedimento, a resolução do impasse se dará de acordo com o previsto no inciso V do artigo 4º da Resolução CONSU nº 08/98.**
- Conforme Resolução Normativa – RN Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, a que dispõe sobre a cobertura aos atendimentos nos casos de planejamento familiar e dão outras providências, o Endoceptivo Hormonal será liberado somente nos casos onde a **anticoncepção se faça necessária**.
- Todas as solicitações feitas no prazo inferior ao período de 5 (cinco) anos, contados da data de inserção, serão analisadas tecnicamente.
- o DIU hormonal somente poderá ser trocado por outro dispositivo após o vencimento do mesmo, conforme prazos estipulados na bula do dispositivo, ou, em casos excepcionais, após análise e aprovação da auditoria;
- O médico assistente deverá assinar um termo mencionando que o Endoceptivo Hormonal foi inserido na paciente para a qual foi solicitado.
- O Endoceptivo Hormonal será entregue diretamente no consultório do médico assistente (ginecologista), depois de preenchido o termo com os dados da paciente e a assinatura de ambos (paciente e médico).
- A remuneração para inserção do Endoceptivo é do porte 4A.
- Pedimos aos colegas criteriosa indicação do método.
- Em anexo acompanha uma descrição do produto elaborada pelo fabricante mencionando as indicações, contra indicações, efeitos adversos e outros. Sugerimos a leitura.

Médico assistente  
Carimbo e Assinatura

Auditor Médico Unimed  
Carimbo e Assinatura

Segundo Médico Ginecologista  
Carimbo e Assinatura

Formulário	Assessoria Técnica	Código: FR-AST-008	Revisão/Ano: 12/21	Página/Total: 2/5
------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------



### TERMO DE SOLICITAÇÃO E CONSENTIMENTO DA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, (estado marital) \_\_\_\_\_, identidade nº \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na Rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, declaro ser meu desejo me submeter à inserção do Endoceptivo Hormonal.

Fui informada de forma clara que:

- a) a inserção do endoceptivo trata-se de método anticonceptivo, cuja colocação e retirada são realizadas no consultório do médico assistente, da especialidade de Ginecologia;
- b) validade do dispositivo: conforme descrição da bula;
- c) fui informada que o DIU somente poderá ser trocado por outro após o vencimento do mesmo, conforme prazos estipulados na bula do dispositivo, ou, em casos excepcionais, após análise e aprovação da auditoria;
- d) que, devido ao uso do dispositivo hormonal, podem ocorrer eventos adversos, tais como: cefaléia, dor no abdômen inferior, dor nas costas, afecções cutâneas, secreção vaginal aumentada, mastalgia, entre outros.
- e) **fui informada, que o implante de DIU não possui 100% de eficácia para contracepção.** Declaro não ser portadora de laqueadura, método definitivo de anticoncepção, cuja reversão é muito difícil e deverá ser feita por meio de outra cirurgia.

**Declaro, ainda, atender as orientações relativas aos cuidados que devo tomar e demais rotinas que deverão ser por mim adotadas após a sua colocação/inserção, eximindo a Unimed Nordeste RS de todas e quaisquer responsabilidades advindas da minha decisão de colocação/inserção do Endoceptivo.**

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Médico Solicitante/Assistente

Beneficiária



**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA INSERÇÃO DO ENDOCEPTIVO HORMONAL**

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, inscrito no CRM sob o nº \_\_\_\_\_, com endereço profissional na Rua \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, declaro que vou inserir o DIU HORMONAL, recebido da Unimed Nordeste RS, autorização de protocolo nº \_\_\_\_\_, na beneficiária \_\_\_\_\_; mediante a sua autorização e concordância.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dr.(a) \_\_\_\_\_

CRM nº \_\_\_\_\_

Protocolo de Entrega	
Destinatário: Dr. Rua Caxias do Sul - RS	
Recebi da Unimed Nordeste RS um Endoceptivo Hormonal, modelo....., marca/fornecedor..... para ser colocado/inserido na beneficiária .....conforme autorização de protocolo .....	
Data do recebimento:	Horário:
Nome legível do médico (recebedor):	
Assinatura:	
Nº de documento de identificação do médico (recebedor):	



### TERMO DE CIÊNCIA DE PRAZO PARA TROCA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Eu, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (estado civil), inscrita no CPF sob nº \_\_\_\_\_, identidade  
nº \_\_\_\_\_, residente na Rua \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, declaro estar  
ciente quanto aos prazos para troca de Dispositivo Intrauterino conforme abaixo descrito.

A UNIMED NORDESTE RS dá cobertura total as despesas de DIU e sua colocação, sem ônus ao beneficiário, conforme previsto no Rol de Procedimentos e Eventos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

O tipo de DIU a ser utilizado é de livre escolha do beneficiário após orientação do(a) seu(ua) médico(a) assistente não havendo qualquer intervenção da UNIMED NORDESTE RS quanto a escolha do mesmo.

Através deste, a Beneficiária acima qualificada, declara estar ciente de que a colocação de novo DIU apenas poderá ocorrer após o vencimento do mesmo, conforme os prazos estipulados na bula do dispositivo escolhido, **não havendo cobertura para colocação de novo dispositivo intrauterino em caso de retirada voluntária** do mesmo. Casos excepcionais de troca serão cobertos pela operadora, mas dependerão de análise e aprovação pela auditoria da Unimed Nordeste RS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Beneficiária