

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) POR TERCEIRO

Identificação da Beneficiária

Nome: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
CPF: _____ RG: _____

Identificação do Terceiro Autorizado a Retirar o DIU

Nome: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
CPF: _____ RG: _____

Autorizo para os devidos fins, me declarando desde já em plenas faculdades mentais, que o terceiro indicado acima proceda à retirada do DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) disponibilizando pela Unimed-BH para realização do respectivo procedimento de implantação autorizado através do plano.

Tenho conhecimento de que este termo deverá ser apresentado acompanhado de 1) cópia de meu documento de identificação; 2) identificação original de quem irá retirar o DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) e 3) Termo de Responsabilidade de Entrega do DIU devidamente assinado por mim.

Por fim, assumo a responsabilidade por qualquer extravio do dispositivo que possa ocorrer após a sua retirada.

_____, _____ de _____ de 20____.

(local e data)

Assinatura da beneficiária

Recibo

Declaro ter retirado o DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) em embalagem lacrada e dentro do prazo de validade previsto pelo fabricante.

_____, _____ de _____ de 20____.

(local e data)

Assinatura do terceiro autorizado