

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PARTO CESÁRIO**

DADOS DA PACIENTE		
Nome:		
Idade:	Estado Civil:	Nacionalidade:
Identidade: SSP/MG	CPF nº:	Profissão:
Endereço:		
Município:	Estado:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:	Endereço Eletrônico:

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
\_\_\_\_\_ (nacionalidade), portadora do RG \_\_\_\_\_ e inscrita no  
CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na  
\_\_\_\_\_, na cidade de  
\_\_\_\_\_ no estado \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins **minha decisão em ser submetida a PARTO CESÁRIO.**

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme amplamente descrito e reconhecido na literatura médica.

Declaro estar ciente de que a data da cesariana deverá ser definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente.

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). \_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_ que a cesariana representa, frente ao parto normal em condições habituais, maiores riscos para a mãe, sendo os mais comuns infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), possibilidade de transfusão de sangue, e infecção da cicatriz operatória

(corte da cesariana). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivada do próprio ato cirúrgico ou de situações circunstanciais de cada paciente.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), as quais podem gerar irritação local, e que independem da habilidade do meu médico, pois surgem a partir de características pessoais de cada paciente.

Declaro, por fim, que me foi dada a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas, e ainda assim, mantive a decisão de realizar parto cesáreo.

Este documento foi elaborado em três vias, de igual teor e forma, sendo que uma ficará com o(a) obstetra responsável, uma com a gestante, e a terceira deverá ser entregue pela beneficiária à Unimed Araguari para que se proceda à autorização do procedimento, respeitadas a segmentação contrata e a carência do plano.

Por ser verdade, firmamos o presente termo para que produza os efeitos legais e de direito.

Araguari, MG, em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente:

\_\_\_\_\_  
Assinatura/CRM do Médico

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
RG: RG:  
CPF: CPF:

