



Hospital Unimed Campina Grande Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Livre e Informado

Parto Realizado por Equipe / Empresa Terceirizada – Obstetrícia



ANS nº 367397

DADOS DA PACIENTE

Nome da Paciente:	
CPF/ME:	
E-mail:	
Endereço Completo:	
Telefone:	

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE

Nome da Completo:	
CPF/ME:	
E-mail:	
Endereço Completo:	
Telefone:	
Vínculo com a Paciente:	

DADOS DA EMPRESA / EQUIPE TERCEIRIZADA – OBSTETRÍCIA CONTRATADA

Nome da Empresa:	
CNPJ:	
Médico(a) Responsável:	
CRM do Médico:	
Telefone do Médico:	

O objetivo deste **Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Livre e Informado para Parto Realizado por Empresa Terceirizada – Obstetrícia**, utilizado pelo **Hospital Unimed Campina Grande**, é esclarecer a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** as condições da prestação de serviços obstétricos quando da contratação de equipe / empresa terceirizada – obstetrícia.

CLÁUSULA A PRIMEIRA

Da Ciência da Infraestrutura Assistencial e do Parto

1.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara que está ciente de que o **Hospital Unimed Campina Grande** dispõe de infraestrutura completa para a realização do parto via vaginal e parto cesáreo, incluindo sala de parto equipada e adequada às boas práticas obstétricas e às diretrizes assistenciais e de segurança vigentes.



CLÁUSULA
A
SEGUNDA

Da Opção Voluntária por Empresa Terceirizada – Obstetrícia

2.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara que, por livre e espontânea vontade, optou pela realização do parto por **Empresa Terceirizada – Obstetrícia**, por ela contratada diretamente, sem qualquer ingerência, indicação ou intermediação do **Hospital Unimed Campina Grande**.

2.2 Pelo presente instrumento, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** renuncia à realização do procedimento obstétrico por meio da equipe médica do **Hospital Unimed Campina Grande**, declarando ciência de que:

- a)** Caso a **Empresa Terceirizada – Obstetrícia** contratada não esteja presente no momento do parto, a assistência será prestada pela equipe plantonista do **Hospital Unimed Campina Grande**, com a consequente cobrança dos respectivos honorários médicos;
- b)** Sob nenhuma hipótese, parto nas dependências do Hospital Unimed Campina Grande poderá ser conduzido exclusivamente por enfermeira obstétrica, sem a presença e supervisão de médico(a) devidamente habilitado(a);

2.3 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara que foi informada da disponibilidade de equipe médica do **Hospital Unimed Campina Grande** para realização do procedimento, tendo optado, conscientemente, pela **Empresa Terceirizada – Obstetrícia**, mesmo ciente dos riscos desta escolha.

2.3.1 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** reconhece que tal escolha decorre exclusivamente de sua autonomia privada, assumindo integral responsabilidade pelos riscos, custos e consequências dessa contratação.

CLÁUSULA
A
TERCEIRA

Da Inexistência de Vínculo com o Hospital

3.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara ciência inequívoca de que a **Empresa Terceirizada – Obstetrícia** por ela contratada:

3.1.1 Não integra o corpo clínico do **Hospital Unimed Campina Grande**;

3.1.2 Não mantém vínculo contratual, empregatício, societário ou assistencial com o **Hospital Unimed Campina Grande**;

3.1.3 Atua de forma autônoma, independente e sob sua exclusiva responsabilidade técnica, ética e profissional, respondendo integralmente por seus atos, condutas, decisões e eventuais intercorrências.

3.1.4 A **Empresa Terceirizada – Obstetrícia** é a única responsável por quaisquer danos – materiais, morais ou estéticos – decorrentes de sua atuação profissional, incluindo, mas não se limitando a: iatrogenias, imperícia, negligência, imprudência, erros de técnica ou de julgamento clínico.



Hospital Unimed Campina Grande Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Livre e Informado

Parto Realizado por Equipe / Empresa Terceirizada – Obstetrícia



ANS nº 367397

3.2 O **Hospital Unimed Campina Grande** não é responsável por qualquer tipo de credenciamento, validação técnica ou certificação da **Empresa Terceirizada – Obstetrícia** contratada pela **PACIENTE**.

CLÁUSULA A QUARTA

Dos Limites da Atuação do Hospital

4.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara estar ciente de que a atuação do **Hospital Unimed Campina Grande**, nesta hipótese, restringe-se ao fornecimento de infraestrutura hospitalar, hotelaria, apoio institucional, equipamentos e recursos materiais disponíveis, não sendo responsável por atos médicos, decisões clínicas, condutas assistenciais ou desfechos obstétricos decorrentes da atuação da **Empresa Terceirizada – Obstetrícia**.

4.2 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** reconhece que o **Hospital Unimed Campina Grande** não interfere na atuação, técnicas empregadas, protocolos assistenciais adotados ou decisões médicas de equipe terceirizada.

4.3 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** tem ciência de que, embora o procedimento seja realizado por meio da Empresa Terceirizada – Obstetrícia, a equipe médica e de enfermagem do Hospital Unimed Campina Grande poderá, a qualquer tempo, aferir sinais vitais da mãe (pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e saturação de O₂), conforme protocolos institucionais.

4.4 A **Empresa Terceirizada – Obstetrícia** é integralmente responsável por toda a documentação médica referente ao procedimento, incluindo: evolução clínica, Partograma, prescrições, justificativas técnicas para condutas adotadas e registro de intercorrências.

4.5 A **PACIENTE** autoriza o **Hospital Unimed Campina Grande** a manter cópia da documentação em seu arquivo para fins de controle institucional, sem que isso caracterize assunção de responsabilidade pelos atos médicos registrados.

CLÁUSULA A QUINTA

Dos Custos e da Responsabilidade Financeira

5.1 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara estar ciente de que todos os serviços disponibilizados pelo **Hospital Unimed Campina Grande** serão devidamente cobrados, seja:

- I – Ao plano de saúde**, quando houver vínculo contratual e **desde que exista cobertura e autorização**, observadas as regras contratuais, regulatórias e assistenciais aplicáveis; ou
- II – Diretamente à PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE**, nos casos de atendimento particular, bem como em relação a quaisquer serviços, itens ou valores não cobertos, não autorizados, glosados ou limitados pelo plano de saúde.

5.1.1 Integram a cobrança referida no item 5.1, conforme o caso, inclusive, mas não se limitando:

- a)** Utilização de instalações hospitalares;
- b)** Uso de salas, equipamentos e leitos;
- c)** Medicamentos;
- d)** Materiais médico-hospitalares;
- e)** Insumos;
- f)** Taxas hospitalares e serviços correlatos;



Hospital Unimed Campina Grande Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Livre e Informado

Parto Realizado por Equipe / Empresa Terceirizada – Obstetrícia



ANS nº 367397

g) Honorários médicos.

5.1.2 A inexistência de plano de saúde, bem como a negativa, glosa total ou parcial, limitação contratual ou inadimplência do plano, não exime a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** da responsabilidade pelo pagamento dos valores devidos, não recaindo sobre o **Hospital Unimed Campina Grande** qualquer obrigação financeira além da efetiva prestação dos serviços.

CLÁUSULA A SEXTA

Dos Riscos e Intercorrências

6.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara que foi devidamente informada dos riscos inerentes ao procedimento obstétrico, inclusive intercorrências imprevisíveis, complicações clínicas e necessidade de intervenções emergenciais, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de procedimento.

6.2 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara, ainda, ter ciência de que a escolha por **Empresa Terceirizada – Obstetrícia** não elimina ou reduz tais riscos, assumindo-os de forma consciente e voluntária.

CLÁUSULA A SÉTIMA

Da Intervenção em Emergências e Urgências

7.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** autoriza, de forma expressa e irrevogável, que, em situações de urgência ou emergência, de risco iminente à vida ou à integridade física da paciente ou do nascituro, o **Hospital Unimed Campina Grande**, por meio de sua equipe própria, intervenha adotando todas as medidas necessárias, nos termos das boas práticas médicas e protocolos assistenciais, independentemente da equipe inicialmente escolhida.

7.2 Após estabilização do quadro emergencial, o **Hospital Unimed Campina Grande** poderá, a seu critério, restituir a condução do caso à equipe / empresa terceirizada ou manter o acompanhamento com sua equipe própria.

CLÁUSULA A OITAVA

Da Possibilidade de Conversão do Parto Vaginal em Cesárea

8.1 Pelo presente instrumento particular, a **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara estar expressamente ciente de que, ainda que o parto esteja inicialmente planejado para ocorrer por via vaginal, poderá haver necessidade de conversão para parto cesáreo, a qualquer tempo, caso surjam intercorrências clínicas, obstétricas ou situações que indiquem risco à saúde ou à integridade física da paciente e/ou do nascituro.

8.2 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** reconhece que a decisão pela conversão do parto vaginal em cesáreo constitui ato médico fundamentado em critérios técnicos e científicos, adotado com base na avaliação clínica do momento, nas boas práticas médicas e nos protocolos assistenciais vigentes.

8.3 A **PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL / ACOMPANHANTE** declara, ainda, que tal conversão não caracteriza falha na prestação do serviço, descumprimento do plano de parto, violação ao



Hospital Unimed Campina Grande Termo de Esclarecimento, Ciência e Consentimento Livre e Informado

Parto Realizado por Equipe / Empresa Terceirizada - Obstetrícia



ANS nº 367397

modelo de serviço contratado ou conduta indevida, tratando-se de medida legítima e necessária à preservação da vida e da saúde da paciente e do recém-nascido.

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos, declarando ter entendido as explicações que me foram prestadas, terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estar plenamente satisfeita com as informações recebidas.

Campina Grande – PB, _____ de _____ de 2026.

Paciente