



IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome completo: _____	Data de nascimento: ____/____/____
CPF: _____	Idade Gestacional (IG): _____ semanas
Médico(a) obstetra responsável: _____	
Nome do Responsável Legal / Acompanhante: _____	
Grau de Parentesco: _____	CPF: _____

1. APRESENTAÇÃO E FINALIDADE DESTES DOCUMENTOS

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tem como objetivo garantir que você, paciente ou seu representante legal, receba informações claras, completas e compreensíveis sobre os procedimentos obstétricos que poderão ser realizados durante a indução ao parto, o seu trabalho de parto e parto no Hospital Unimed Campina Grande (HUniCG).

O presente documento abrange três modalidades de parto:

- Parto Normal (vaginal espontâneo)
- Parto Induzido (vaginal com indução artificial do trabalho de parto)
- Parto Cesariana (cirurgia cesariana)

Ao assinar este TCLE, você declara ter lido ou ouvido, compreendido e concordado com as informações aqui contidas, bem como que teve oportunidade de formular perguntas, que foram devidamente respondidas pela equipe médica.

2. PARTO NORMAL (VAGINAL ESPONTÂNEO)

2.1 O que é o Parto Normal?

A OMS define parto normal como “aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e filho estão em boas condições”. É considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde a via de parto mais recomendada para gestações de baixo risco, pois promove menor tempo de recuperação materna, menor risco de complicações cirúrgicas e benefícios imunológicos para o recém-nascido.

2.2 Como ocorre o Parto Normal?

O processo do parto normal se divide em três períodos:

- Primeiro período - Período de Dilatação: início das contrações regulares com progressiva dilatação do colo do útero (de 2/3 a 10 cm). Esta fase pode durar entre 8 e 20 horas em primigestas (primeiro parto) e de 4 a 12 horas em multigestas.
- Segundo período - Período Expulsivo: período em que o bebê desce pelo canal do parto e nasce. A parturiente poderá ser orientada a realizar esforços expulsivos (Puxos) coordenados com as contrações.
- Terceiro período - Dequitação (ou delivramento): expulsão da placenta e membranas ovulares após o nascimento do bebê, geralmente entre 5 e 50 minutos após o parto.



2.3 Procedimentos que podem ser realizados durante o Parto Normal

Durante o trabalho de parto e o parto normal, alguns procedimentos são necessários para garantir sua segurança e a do bebê:

- Estou ciente que para avaliar a progressão do trabalho de parto e o bem-estar do(s) meu(s) bebê(s), a equipe médica e de enfermagem necessitará realizar avaliações periódicas como ausculta dos batimentos cardíacos do(s) feto(s), avaliação da dinâmica uterina, avaliação da coloração do líquido amniótico, caso esteja com dilatação do colo e caso haja indicação, avaliação da dilatação do colo uterino por exame de toque vaginal obstétrico além dos sinais vitais maternos (pressão arterial, pulso, frequência respiratória, saturação de O₂, Temperatura corporal e dor). Cabe ressaltar que o exame de **toque vaginal obstétrico** é extremamente importante para identificar as características da **bacia óssea materna** (proporcionalidade para passagem do feto e identificação dos vícios pélvicos – impeditivos ao parto vaginal); o **grau de aprofundamento** – encaixamento e insinuação (Planos de De Lee) da apresentação fetal no canal de parto e a **variedade de posição fetal** (relação da apresentação fetal e pontos de referência da bacia materna; para avaliar as **condições do colo uterino e sua evolução** (orientação, esvaecimento – grau de apagamento e, a dilatação – abertura do colo), se a **bolsa das águas** (membranas amnióticas relacionadas diretamente ao colo uterino) está íntegra ou rota, e a presença eventual do cordão umbilical. Em momentos indicados pela equipe médica, faz-se necessária a avaliação do bem-estar fetal, através do exame de cardiotocografia, além da ausculta rotineira dos batimentos cardíacos fetais. Ele pode indicar se o bebê está ou não em sofrimento fetal agudo – SFA, e se tem condições de suportar o trabalho de parto.
- Em situações especiais, determinadas pela equipe de assistência, **o trabalho de parto necessitará ser conduzido pela administração de ocitocina via endovenosa**, diluída em Solução glicosada, em gotejamento contínuo e controlado por Bomba de infusão (BIC). Desta forma até que se obtenha o número de contrações previstas, poderá demandar mais horas do que o previsto.
- Monitorização fetal – CTG intraparto (cardiotocografia): acompanhamento dos batimentos cardíacos do bebê e contrações uterinas maternas por aparelho externo.
- Acesso venoso periférico (soro): instalação de cateter intravenoso para administração de medicamentos e hidratação.
- Amniotomia (ruptura artificial precoce das membranas amnióticas – bolsa das águas): pode ser realizada para avaliar a coloração do líquido amniótico, quando de bolsa das águas protusa, porque dificulta a insinuação da apresentação e/ou acelerar o trabalho de parto, quando indicados clinicamente.
- Ocitocina sintética intramuscular ou intravenosa, utilizada imediatamente após a expulsão fetal do claustro materno, principal medida para profilaxia das HPP – P (Hemorragia Pós-Parto – Precoce).
- **Não encorajamos o uso rotineiro de ocitocina**, mas em casos de Distúrbio da Contratilidade Uterina levando ao parto prolongado, **seu uso pode ser necessário**. Ocitocina sintética intravenosa: hormônio sintético semelhante ao produzido pelo Hipotálamo e armazenado na Neurohipófise materna, para conduzir o trabalho de parto, aumentando a frequência e intensidade das contrações uterinas, quando necessária.
- Analgesia e/ou anestesia: a paciente pode optar por analgesia peridural ou raquidiana para alívio da dor, conforme avaliação do anestesiologista; Analgesia peridural contínua, sempre que possível, após certificar-se da adequada evolução do trabalho de parto (atividade uterina coordenada e evolução da dilatação cervical). Instalado o bloqueio, avaliar a atividade uterina e prescrever infusão venosa de ocitocina, se necessário.



- Episiotomia: incisão cirúrgica realizada no períneo, precedido por bloqueio anestésico local, para evitar as lacerações perineais e diminuir a resistência do esfíncter perineal a passagem do feto, realizada somente quando clinicamente indicada, conforme diretrizes do CFM e da OMS.
- Manobra de Kristeller: não recomendada pelo CFM; NÃO será realizada nesta instituição.
- Fórceps de Alívio ou vácuo extrator: instrumentos obstétricos utilizados excepcionalmente para abreviar a saída do bebê (direção, tração e deflexão), em situações prolongamento do período expulsivo ou de ausculta fetal não tranquilizadora, DIP's II, Sofrimento Fetal Agudo (SFA)

2.4 Riscos e Complicações do Parto Normal

O trabalho de parto é dinâmico, a avaliação continuada do binômio mãe-feto permite identificar precocemente algo que esteja se desviando da expectativa e que represente riscos a mãe ou ao bebê.

Riscos Maternos	Riscos Fetais/Neonatais
Ruptura uterina (principalmente quando existe cicatriz uterina prévia)	Bossa serossanguínea (acúmulo de sangue e serosidade no couro cabeludo)
Laceração perineal (rasgos no períneo e vagina) de primeiro a quarto grau a depender da extensão e o comprometimento das estruturas anatômicas vizinhas	Tocotraumatismos relacionados à passagem pelo canal do parto (Cefalohematoma, fratura de clavícula, lesões de plexo braquial)
Hemorragia pós-parto	Sofrimento fetal agudo
Infecção puerperal	Aspiração de mecônio
Hematomas vaginais ou perineais	Hipóxia neonatal
Retenção placentária (necessidade de Extração manual da placenta e curetagem do pós-parto)	
Incontinência urinária ou fecal transitória	
Embolia por líquido amniótico (rara, mas fatal)	
Necessidade de conversão para cesariana	

3. PARTO INDUZIDO

3.1 O que é a Indução do Trabalho de Parto?

É a estimulação artificial das contrações uterinas para realizar o parto antes do seu início espontâneo. A resolução da gestação antes do início do trabalho de parto espontâneo é indicada quando há riscos materno/fetais associados a continuidade da gravidez. Quando não há contraindicações para o trabalho de parto e parto vaginal a indução é geralmente preferida, dado o aumento dos riscos maternos associados à cesariana.

3.2 Indicações Clínicas da Indução do Parto

A indução do trabalho de parto pode ser indicada nas seguintes situações:



INDICAÇÕES	CONTRAINDICAÇÕES
Gestação Serotínea ou prolongada (pós-térmo): gestação igual ou superior a 42 semanas.	Cicatrizes uterinas corporais
Síndromes Hipertensivas da Gestação (Pré-eclâmpsia, HASC) todas com indicação de término da gestação com idade da gestação particularizadas.	Traçado de frequência cardíaca fetal categoria III, (padrão sinusóide ou ausência de variabilidade da fcf basal, e qualquer das seguintes alterações: desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia).
Ruptura Prematura de Membranas Ovulares (RPMO) sem início espontâneo do trabalho de parto.	Herpes genital ativo
Corioamnionite (infecção dentro do útero)	Placenta prévia ou vasa prévia
DM2, DM1, DMG A2 todos terão partos antecipados.	Prolapso de cordão umbilical ou apresentação funicular persistente
Crescimento intrauterino restrito (CIUR) associado a insuficiência placentária, com indicação de antecipação do parto.	Apresentações anômalas
Malformações fetais incompatíveis com a vida	Câncer cervical invasivo
Morte fetal intrauterina (natimorto): indução para expulsão.	Desproporção cefalopélvica
Oligoâmnio Severo (redução do líquido amniótico).	Rotura uterina prévia
Condições maternas de risco – SAAF, Doença Renal, Doença Pulmonar que impeçam a continuidade da gestação.	
Doença Hemolítica perinatal	

O status do colo é um dos mais importantes fatores preditivos da probabilidade de sucesso da indução do parto. O índice de Bishop parece ser a melhor forma de avaliar o colo uterino e prever a probabilidade de a indução resultar em um parto vaginal.

A indicação de indução será documentada no prontuário da paciente e comunicada a você antes do procedimento.

3.3 Métodos de Indução

A equipe médica poderá utilizar um ou mais dos seguintes métodos, conforme avaliação clínica individualizada:

- Misoprostol (Prostokos®): prostaglandina administrada por via vaginal, sublingual ou oral para amadurecimento do colo uterino e estimulação das contrações. É medicamento off-label para esta finalidade, mas amplamente reconhecido e referendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais.



- Ocitocina sintética (Syntocinon®): administrada por via endovenosa em bomba de infusão contínua, com doses progressivas controladas, para estimulação e regulação das contrações.
- Sonda de Foley intracervical (Método de Krause): cateter introduzido no colo do útero para promover sua dilatação de forma mecânica e por descarga de prostaglandina endógena. Método físico, sem riscos de hiperestimulação uterina.
- Amniotomia (ruptura artificial das membranas): pode ser realizada em conjunto com outros métodos, quando o colo está suficientemente dilatado.
- Descolamento das membranas – procedimento manual realizado durante toque vaginal, com o colo previamente dilatado, para separar as membranas do segmento inferior uterino.

3.4 Riscos e Complicações Específicos da Indução

Além dos riscos comuns ao parto normal, a indução do trabalho de parto apresenta riscos adicionais:

Riscos maternos:

- Hiperestimulação uterina (taquissistolia): excesso de contrações, hipertonia uterina, podendo comprometer o fluxo sanguíneo para o bebê, levando ao SFA e/ou DPPNI
- Ruptura uterina (especialmente em cicatriz uterina anterior).
- Falha de indução: ausência de resposta aos métodos utilizados, podendo resultar em cesariana.
- Reações adversas a medicamentos (febre, náusea, diarreia com misoprostol; hipotensão com ocitocina).
- Trabalho de parto precipitado.
- HPP-P: Hemorragia pós-parto precoce por atonia uterina

Riscos fetais/neonatais:

- Sofrimento fetal agudo decorrente de hiperestimulação uterina.
- Prematuridade iatrogênica (caso a idade gestacional seja subestimada).
- Síndrome de aspiração de mecônio
- Morte fetal intraútero.

IMPORTANTE – CESÁREA COMO ALTERNATIVA

A indução do trabalho de parto pode não resultar em parto vaginal. Caso os métodos de indução não sejam eficazes ou surjam complicações maternas ou fetais, a equipe médica poderá indicar a realização de cesariana de urgência. Você será informada desta possibilidade previamente e, caso ocorra, receberá esclarecimentos adicionais.

4. PARTO CESÁREO (CESARIANA)

4.1 O que é a Cesariana?

A cesariana é um procedimento cirúrgico por meio do qual o bebê é retirado do útero materno por uma incisão feita no abdome e no útero, sob anestesia (geralmente regional – raquidiana ou peridural). É uma cirurgia de grande porte, amplamente realizada no Brasil e no mundo, mas que, como qualquer intervenção cirúrgica, implica riscos específicos que devem ser conhecidos pela paciente.

4.2 Indicações de Cesariana

A cesariana pode ser indicada em caráter eletivo (programado) ou de emergência/urgência, nas seguintes situações, entre outras:



Indicações Absolutas (maternas/fetais)	Indicações Relativas (avaliação clínica individualizada)
Placenta prévia total	Desproporção céfalo-pélvica (bebê muito grande para a bacia da mãe)
Descolamento prematuro de placenta (DPP) com instabilidade hemodinâmica	Falha de progressão do trabalho de parto
Apresentação fetal transversa sem possibilidade de versão	Apresentação pélvica sem condições para parto vaginal
Prolapso de cordão umbilical	Gemelaridade com complicações
Sufrimento fetal agudo sem condições para parto vaginal imediato	Macrossomia fetal
Herpes genital ativo no momento do parto	Cicatriz uterina prévia (cesariana anterior)
Infecção pelo HIV sem controle viral (carga viral ≥ 1.000 cópias/mL)	Doenças maternas graves (cardiopatia, coagulopatia, eclâmpsia grave)
Cesárea iterativa com múltiplas cicatrizes uterinas	

Cesariana a pedido materno (eletiva):

Nos termos da Resolução CFM nº 2.144/2016, a cesariana pode ser realizada a pedido da gestante, desde que: (i) a gestação seja de 39 semanas ou mais; (ii) a paciente seja esclarecida sobre os riscos e benefícios de ambas as vias; e (iii) conste sua decisão documentada neste TCLE. Neste caso, a paciente deverá assinar o campo específico ao final deste documento.

4.3 Como é realizada a Cesariana?

O procedimento é realizado no Centro Cirúrgico do HUniCG, com a paciente em posição supina. As etapas são:

- Tricotomia pubiana e antisepsia da pele abdominal.
- Instalação de cateter vesical (sonda urinária).
- Anestesia regional (raquidiana ou peridural), geralmente com sedação leve opcional.
- Incisão transversa suprapúbica (técnica de Pfannenstiel) ou incisão mediana, conforme indicação clínica.
- Abertura das camadas da parede abdominal até atingir o útero.
- Incisão uterina (histerotomia) e retirada do bebê.
- Clampeamento e secção oportuno do cordão umbilical.
- Contato pele a pele, da mãe e recém-nascido
- Estímulo a sucção mamilar
- Retirada da placenta e membranas.
- Revisão da cavidade uterina e síntese (fechamento) por planos.

O procedimento tem duração média de 45 a 90 minutos. O acompanhante poderá permanecer na sala de parto conforme protocolo institucional vigente.



4.4 Anestesia na Cesariana

O tipo de anestesia será definido pelo médico anestesista, em conjunto com a equipe obstétrica, de acordo com as condições clínicas da paciente. Os tipos mais comuns são:

- Raquianestesia (bloqueio subaracnóideo): a mais utilizada. Agente anestésico injetado no espaço subaracnóideo da coluna vertebral, promovendo anestesia da cintura para baixo. Início rápido e eficaz.
- Anestesia peridural (epidural): o agente anestésico é administrado no espaço peridural, com início mais gradual. Pode ser usada também para analgesia de parto e mantida para a cirurgia.
- Anestesia geral: reservada para situações de emergência ou contraindicações à anestesia regional. Implica maior risco materno e é utilizada excepcionalmente.

O médico anestesista apresentará TCLE específico de anestesia antes do procedimento.

4.5 Riscos e Complicações da Cesariana

Riscos Maternos – complicações cirúrgicas	Riscos Neonatais
Hemorragia intraoperatória e/ou pós-operatória (podendo necessitar de transfusão sanguínea)	Advindos da Extração Fetal Difícil
Infecção da incisão cirúrgica, endometrite, infecção urinária	Taquipneia transitória do recém-nascido (TTN): mais comum em cesáreas sem trabalho de parto
Trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar	Síndrome do desconforto respiratório
Lesão acidental de bexiga, ureter ou intestino	Prematuridade iatrogênica (caso a IG seja subestimada)
Aderências e bridas pélvicas (complicação mais comum em repetições)	Lesão fetal acidental durante a incisão uterina (rara)
Deiscência (abertura) da cicatriz uterina em gestações futuras	
Placenta prévia e acretismo placentário em gestações subsequentes	
Histerectomia (retirada do útero) em casos de hemorragia incontrolável	
Reação adversa a medicamentos e anestesia	
Óbito materno (extremamente raro, porém possível)	

Riscos em cesariana de urgência/emergência:

Em situações de emergência obstétrica, a rapidez do procedimento pode implicar riscos adicionais decorrentes da instabilidade materna ou fetal pré-existente. A equipe do HUniCG está preparada e treinada para atuar nessas situações.



4.6 Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical

O HUniCG segue as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde para o clampeamento tardio do cordão umbilical (aguardar pelo menos 1 a 3 minutos após o nascimento, quando possível), favorecendo a transferência de sangue placentário para o recém-nascido e reduzindo o risco de anemia neonatal. Este procedimento pode ser realizado tanto no parto normal quanto na cesariana, salvo contraindicações clínicas.

5. DISPOSIÇÕES COMUNS A TODOS OS TIPOS DE PARTO

5.1 Acompanhante durante o Parto

Nos termos da Lei Federal nº 11.108/2005, a gestante tem o direito de indicar um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O HUniCG respeita plenamente este direito. O acompanhante será orientado sobre as normas institucionais vigentes.

5.2 Plano de Parto

O HUniCG respeita o Plano de Parto da gestante, documento pessoal, construído a 04 mãos (apoio de médico obstetra do pré-natal), onde você registra suas preferências e desejos para o trabalho de parto e nascimento. Caso você tenha elaborado um Plano de Parto, ele será incorporado ao seu prontuário e a equipe se compromete a respeitá-lo na medida em que as condições clínicas permitam. Em situações de risco materno ou fetal, as condutas clínicas necessárias terão precedência sobre o Plano de Parto.

5.3 Anestesia e Analgesia

A equipe de anestesiologia do HUniCG está disponível para oferecer analgesia durante o trabalho de parto (peridural de parto) e anestesia para o procedimento cirúrgico (cesariana). Você terá direito a informações detalhadas sobre a anestesia antes da sua realização, por meio de TCLE específico fornecido pelo anestesista.

5.4 Banco de Sangue e Hemoterapia

O HUniCG dispõe de suporte hemoterápico para situações de emergência hemorrágica. Em caso de necessidade de transfusão sanguínea, a equipe buscará novo consentimento da paciente ou seu responsável, salvo em situações de risco imediato de morte. Pacientes com restrições religiosas ou pessoais à transfusão devem comunicar à equipe antes do procedimento para que alternativas sejam avaliadas.

5.5 Cuidados com o Recém-Nascido

Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido será avaliado pelo médico neonatologista ou pediatra presente na sala de parto. Serão realizados os primeiros cuidados (secagem, aquecimento) e, se necessário, manobras de reanimação neonatal, Avaliação do Índice de APGAR, pesagem e exame físico geral, conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Caso o bebê precise de cuidados especiais, será encaminhado à UTI Neonatal ou UCINCO.

5.6 Contato Pele a Pele e Amamentação Precoce

Quando as condições clínicas maternas e neonatais permitirem, será incentivado o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê, bem como a amamentação na primeira hora de vida (Golden hour), conforme as recomendações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) da OMS/UNICEF.



5.7 Intercorrências e Mudança de Via de Parto

Mesmo com o planejamento e o desejo da paciente por determinada via de parto, situações clínicas imprevistas podem exigir mudança imediata da conduta médica. Em casos de emergência obstétrica (sofrimento fetal agudo, prolapso de cordão, descolamento de placenta, hemorragia grave, entre outros), a equipe médica tomará as decisões necessárias para preservar a vida materna e fetal, comunicando à paciente ou seu responsável logo que possível.

6. DIREITOS E DEVERES DA PACIENTE

Direitos	Deveres
Receber informações claras e completas sobre seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e riscos.	Fornecer informações precisas e completas sobre seu histórico de saúde, apresentar o Cartão do Pré-natal, Reações Adversas a Medicamentos (urticária, reação extra-piramidal) e medicamentos em uso.
Recusar procedimentos, desde que esta recusa não represente risco imediato de morte à mãe ou ao bebê, devendo assinar Termo de Recusa de Procedimento.	Comunicar à equipe qualquer alteração no seu estado de saúde.
Ter sua privacidade, dignidade e autonomia respeitadas durante todo o atendimento.	Seguir as orientações médicas e da equipe de enfermagem.
Indicar acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto.	Respeitar as normas e rotinas institucionais do HUniCG.
Ter acesso ao seu prontuário médico.	
Apresentar reclamações, sugestões e denúncias à Ouvidoria do HUniCG.	
Ter seus dados pessoais e de saúde tratados com sigilo e confidencialidade, nos termos da LGPD (Lei nº 13.709/2018).	

7. ALTERNATIVAS AO PROCEDIMENTO PROPOSTO

A opção por determinada via de parto deve ser resultado de decisão compartilhada entre a paciente e seu médico obstetra, levando em consideração as condições clínicas maternas e fetais, as preferências da paciente e as evidências científicas disponíveis. Em situações de indicação clínica absoluta (emergências obstétricas), a conduta médica será determinada pelo médico responsável, visando à preservação da vida.

Caso você discorde da conduta proposta, comunique imediatamente à equipe médica. Você tem o direito de buscar uma segunda opinião médica e de transferência de hospital, desde que sua condição clínica permita.

8. PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

O Hospital Unimed Campina Grande, na qualidade de controlador de dados, coletará e tratará seus dados pessoais e dados pessoais sensíveis de saúde estritamente para as finalidades de: (i) prestação



de assistência médica e hospitalar; (ii) cumprimento de obrigações legais e regulatórias; (iii) exercício regular de direitos em processos administrativos e judiciais.

Suas informações não serão compartilhadas com terceiros sem sua autorização, exceto quando exigido por lei ou por ordem judicial. Você tem o direito de acessar, corrigir, eliminar e portar seus dados, nos termos dos arts. 18 e 19 da LGPD. Para exercer esses direitos, entre em contato com o Encarregado de Dados (DPO) do HUUniCG pelo e-mail institucional ou presencialmente no setor de Ouvidoria.

9. DECLARAÇÕES DA PACIENTE

DECLARAÇÃO DE ESCLARECIMENTO E COMPREENSÃO

Eu, a paciente (ou seu responsável legal) identificada neste documento, declaro que:

- Li (ou me foi lido em voz alta) este Termo de Consentimento na íntegra;
- Recebi explicações detalhadas da equipe médica sobre os procedimentos descritos;
- Tive a oportunidade de formular perguntas, todas devidamente respondidas;
- Compreendi os riscos, benefícios e alternativas de cada tipo de parto;
- Não fui submetida a nenhuma forma de coação, pressão ou constrangimento;
- Estou ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento, exceto quando o procedimento já estiver em andamento e sua interrupção implique risco à vida.

Campina Grande, ____/____/____

Assinatura da Paciente

Assinatura do Médico(a) Responsável

Responsável Legal / Acompanhante

Testemunha:

Nome Completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Testemunha

Nome Completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



CAMPO ESPECÍFICO – CESARIANA ELETIVA A PEDIDO MATERNO

() Declaro ter optado voluntariamente pela realização de cesariana, estando ciente de que a gestação apresenta 39 semanas ou mais e de que fui esclarecida sobre os riscos cirúrgicos e os benefícios do parto vaginal. Esta decisão é livre, informada e sem qualquer coação.

TERMO DE RECUSA DO PROCEDIMENTO (preencher somente em caso de recusa)

☐

Recuso expressamente a realização do seguinte procedimento:

..... Declaro ter sido informada dos riscos decorrentes desta recusa e que assumo integralmente a responsabilidade pelas possíveis consequências desta decisão.

Assinatura da Paciente / Responsável Legal

Assinatura do Médico(a) – CRM

Este documento é parte integrante do prontuário médico da paciente.