

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO - CESARIANA**

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (nacionalidade),  
RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na  
rua \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (cidade) \_\_\_\_\_ (estado), ou meu  
responsável legal, Sr(a). \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ dou plena  
autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr(a). \_\_\_\_\_,  
Inscrito(a) no CRM sob o número \_\_\_\_\_ para executar o procedimento designado  
“**cesariana**” e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que  
tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros  
profissionais de saúde.

Declaro, igualmente, que o referido médico me apresentou o método alternativo **parto normal**, e em  
comum acordo optamos pelo tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre os  
procedimentos a serem adotados no procedimento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se  
seguem:

Declaro que entendi que a **cesariana** é realizada através de incisão (corte) na região inferior da barriga, sob  
anestesia (geral, raquianestesia ou peridural) havendo pequenas variações da técnica e tem uma duração  
média de 30 a 60 minutos. É indicada durante o trabalho de parto normal, quando o mesmo transcorre sem  
sucesso ou com antecedência devido à intercorrências possíveis de acontecer no final da gestação. Pode ser  
realizada ainda atendendo a minha solicitação expressa.

Entendi que o pós-operatório pode ocorrer dor na barriga, que é mais forte nas primeiras 24 horas  
após o procedimento, regredindo progressivamente após. Entendi que as complicações possíveis são risco  
de alergia a anestesia, dor de cabeça pela anestesia, sangramento durante o procedimento, infecção da  
ferida operatória, lesão e infecção de órgãos como bexiga e os ureteres, a ruptura do corte no útero, a  
possibilidade de cicatrização com formação de quelóide (cicatriz alta e grossa), prematuridade, traumatismos  
na extração uterina da criança.

A alta hospitalar ocorre geralmente após 24 a 48 horas de acordo com a evolução clínica e a avaliação  
médica. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias.

Declaro ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, os quais entendi  
perfeitamente e aceitei, comprometendo-me a respeitar integralmente as orientações fornecidas pelo(a)  
médico(a), estando ciente de que minha não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a mim  
(ou ao paciente).

Declaro ter entendido que o procedimento proposto não é isento de riscos e existem algumas intercorrências que podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas estando ciente de que minha não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a mim (ou ao paciente).

Declaro que fui informado(a) que o parto acontecerá a partir da 39ª semana de gestação, período que inicia dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Que antes desta data, só será realizado o parto cesárea caso o profissional médico(a) identifique situação de risco, urgência/emergência.

(Art.2º - Resolução CFM nº 2.144/2016)

Finalmente, declaro ter sido atendida em minhas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.

Assim, tendo lido, entendido e aceitado as explicações sobre os mais comuns dos **riscos** e **complicações** deste procedimento, expresso meu pleno consentimento para sua realização.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Gestante

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Nome:

RG:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

Nome:

RG: