

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****PARTO CESÁREA**

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

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

Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a) \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_ que a cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo as 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 cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente.

Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer à formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda, cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar o parto cesárea.

Declaro ainda, ter plena ciência de o pagamento de qualquer valor ou taxa adicional acordado entre eu ou pessoa de minha família e o médico solicitante/executante ou qualquer integrante da equipe cirúrgica, bem como com o hospital, são de minha obrigatoriedade, não cabendo qualquer cobrança à **NOSSA SAÚDE**.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável para posterior apresentação à Operadora e a outra, com a gestante.

Nome da Beneficiária \_\_\_\_\_

Código do cartão **NOSSA SAÚDE** \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Quando a Beneficiária for menor:**

Responsável e/ou Titular \_\_\_\_\_

Código do cartão **NOSSA SAÚDE** \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura da Beneficiária (gestante), quando menor, assina o Responsável**