



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Cesárea a Pedido

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome completo), \_\_\_\_\_ (nacionalidade),  
portadora do RG \_\_\_\_\_ órgão expedidor \_\_\_\_\_ e  
inscrita no \_\_\_\_\_ CPF/MF \_\_\_\_\_ sob \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ n°  
\_\_\_\_\_ residente e domiciliada na  
\_\_\_\_\_ no município  
\_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins  
**minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.**

Declaro ter ciência de que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação e que a data da cesárea será definida com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente, segundo orientações do meu médico assistente.

Declaro ainda ter sido informada pelo (a) Dr. (a)  
\_\_\_\_\_ CRM/RJ \_\_\_\_\_ que a  
cesárea representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo as mais comuns infecções, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (corte da cesárea). Para o recém-nascido já maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe o 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 o correr a formação de queloide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do seu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho a minha decisão de realizar parto cesárea. Ciente de que poderei reconsiderar tal decisão, a qualquer momento, antes que o procedimento se realize.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da gestante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do obstetra

\_\_\_\_\_  
(Nome, assinatura e RG da testemunha)

\_\_\_\_\_  
(Nome assinatura e RG da testemunha)