



ANS - nº 41754-8

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CESARIANA

O presente documento registra a orientação dada ao paciente (beneficiário/segurado) pelo médico assistente, quanto aos aspectos técnico-médicos inerentes ao parto por via abdominal (Cesariana) proposto e solicitado, previsto na legislação vigente, reforçando o necessário conhecimento prévio dos riscos e complicações possíveis decorrentes do ato médico em questão.

Eu, _____, identidade nº _____,
CPF nº _____ e matrícula FioSaúde _____,
na condição de () paciente ou () representante legal pelo paciente
_____ estando no pleno gozo de
minhas faculdades mentais, AUTORIZO o Dr. _____,
CRM nº _____, seus assistentes, bem como todos os profissionais
da equipe vinculados a assistência, a realizar o seguinte procedimento cirúrgico:
CESARIANA.

Este procedimento cirúrgico me foi explicado de forma clara pelo médico Dr.
_____, CRM nº _____,
tendo sido orientado quanto aos seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas
possíveis, tendo sido esclarecido minhas dúvidas satisfatoriamente, inclusive quanto aos
benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude diante da natureza da patologia
diagnosticada.

ESTOU CIENTE DE QUE:

A CESARIANA é uma intervenção cirúrgica na qual se faz a extração do bebê por via abdominal,
e sua realização se deve a _____
(indicação clínica);

Para realizar o procedimento acima especificado, fui informada que poderão surgir
complicações para a mãe, sejam elas derivadas de problemas da própria gestação, como
hemorragia, falta de contração uterina, infecções, âmnio e trombo embolia; ou derivadas do



ANS - nº 41754-8

próprio procedimento como seromas, hematomas, afecções urinárias, deiscências e/ou venerações de parede abdominal, cicatrização hipertrófica e/ou queloides, cefaleia, e que, em longo prazo, poderão existir aderências intra-abdominais; e que na próxima gestação, haverá maior risco de ruptura uterina, hemorragia pós-parto como consequência desta cirurgia. Para o recém-nascido há 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.

Assim, se a evolução do quadro de saúde apresentado colocar a vida do paciente em risco, estou ciente de que serão adotados os procedimentos médicos e hospitalares recomendáveis, na tentativa de afastar o perigo de morte apurado.

Por livre iniciativa AUTORIZO que o procedimento seja realizado da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico do médico acima autorizado e sua equipe referenciada e de meu conhecimento, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis, através de recursos conhecidos da Medicina disponíveis no local onde será realizado o procedimento.

Certifico que este termo me foi explicado e que li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a realização do procedimento CESARIANA.

_____, ____/____/____

Local e Data

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Assinatura, nº CRM e Carimbo do Médico Assistente

Observação: Preenchimento completo deste Termo será em três vias originais, ficando uma arquivada no prontuário do paciente, outra, entregue ao paciente ou responsável legal, e a terceira à Caixa de Assistência Oswaldo Cruz – FioSaúde, para comunicação ao SUS. As respectivas assinaturas são imprescindíveis à eficácia deste Termo.