

www.unimedsaocarlos.com.br Rua Vicente Pelicano, 945 13571-000 - Azulville - São Carlos - SP T. (16) 2107-7333



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

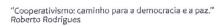
Eu,	
(nome completo),RG	(nacionalidade), portadora do
	residente e domiciliada na
	(cidade) /
(estado), declaro para os devidos f PARTO CESÁREA.	fins minha decisão de realizar
Declaro ter ciência de que o parto melhor via de parto em condições descrito pela literatura médica.	
Declaro estar ciente de que a data médico(a) assistente, com base maturidade do feto, consoante a lite	nos indicativos de completa
Declaro ainda ter sido informada pe	elo Dr(a)
a cesárea representa, em condições mãe sendo os mais comuns infect (quando o útero não contrai ap histerectomia (retirada cirúrgica transfusão de sangue e infecção cesárea). Para o recém-nascido h respiratório e, como em toda inte excepcional de mortalidade derivad situação vital de cada paciente.	s normais, maiores riscos para a ção, hemorragia, atonia uterina ós o nascimento da criança), do útero), a possibilidade de da cicatriz operatória (corte da á maior chance de desconforto ervenção cirúrgica, existe risco
Declaro, também, ter sido informada	a de que ficarei com uma cicatriz

decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de queloide (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.











www.unimedsaocarlos.com.br Rua Vicente Pelicano, 945 13571-000 - Azulville - São Carlos - SP T. (16) 2107-7333



Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantido a minha decisão de realizar parto cesárea.

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

	(cidade), de	de
	Assinatura da gestante	
	Assinatura do obstetra	
_	(Name assinature a DC de testemunha)	
	(Nome, assinatura e RG da testemunha)	
	(Nome, assinatura e RG da testemunha)	_
	The second of th	





