



TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Parto Normal

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e
inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada
na _____,
_____ (cidade) / _____ (estado),
beneficiária do Plano de Saúde nº _____, da Paraná Assistência
Médica Ltda, pessoa jurídica de direito privado, com CNPJ nº
82353079/0001-07, com sede na Av. Brasil, 4493, centro, Maringá/Pr,
declaro para os devidos fins minha decisão de realizar **PARTO NORMAL**.

De acordo com as normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, assino este termo de livre consentimento e esclarecimento, quanto **minha opção em realizar parto normal**, afirmando o que segue.

Declaro ter sido informada que, durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, como:

- Uso de substância (s) para desencadear e/ou coordenar as contrações uterinas,
- Necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional,
- Realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico), amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas),
- Cardiotocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal);
- Episiotomia (corte no períneo);
- Procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórcipe ou vácuo-extrator). Neste caso, o parto deixará de ser “normal” e será chamado de parto vaginal operatório.

Declaro ter sido esclarecida que, em qualquer momento durante o trabalho de parto, o mesmo poderá ser convertido em cesárea, seja por indicação médica, no caso de intercorrências que levam a risco de vida da mãe e/ou da criança, ou por minha manifestação autônoma.

Declaro ter ciência de que apesar de o parto normal ser considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica, existem situações em que a cesárea é recomendada para salvaguardar a mãe e/ou feto, como:



- Descolamento prematuro da placenta (quando a placenta descola antes do nascimento);
- Placenta prévia centro total ou centro parcial (quando a placenta está localizada total ou parcialmente sobre o colo do útero, impedindo a passagem do feto);
- Cicatriz uterina decorrente de duas ou mais cesáreas anteriores;
- Cicatriz uterina decorrente de uma cesárea com incisão vertical sobre o útero;
- Cicatriz uterina decorrente de incisões cirúrgicas prévias, como ocorre na retirada de miomas com preservação do útero;
- Quando o feto se apresenta de modo anômalo (sentado ou deitado);
- Gestações múltiplas (dois fetos ou mais), quando um ou ambos os fetos se apresenta(m) em posição anômala (sentado ou deitado);
- Em situações clínicas (diabetes, hipertensão, hemorragias) que possam comprometer a saúde do feto e/ou da gestante;
- Quando o estado fetal não é tranquilizador, decorrente de resultado de exame(s) sugestivo(s) de oxigenação fetal prejudicada.
- Quando houver evidências de desproporção entre o feto e a bacia materna (incluindo iminência de ruptura do útero).

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o obstetra responsável e a outra, comigo.

Maringá, _____, de _____ de _____

Assinatura da gestante

Assinatura do obstetra

(Nome Assis. e RG da testemunha)

(Nome Ass. e RG da testemunha)