



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CERCLAGEM

TER.ESP.0370/00
Implantação: 06/2024
Classificação: RESTRITO

Nome da paciente: _____

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eu _____
() paciente () , responsável pela paciente acima identificada, inscrito(a) no CPF sob o
nº _____, DECLARO para todos os fins legais, que recebi as orientações abaixo
descritas do(a) profissional _____, referente à realização do procedimento de
CERCLAGEM.

DECLARO que fui devidamente cientificada(o) de que o procedimento de CERCLAGEM é um procedimento
cirúrgico consistente na aplicação de uma cinta ou realização de pontos no colo uterino, com o objetivo de
reduzir ou impedir a dilatação do orifício cervical.

Fui devidamente informada(o) de que o procedimento de CERCLAGEM é realizado por profissional médico
obstetra e que não há garantia de sucesso do procedimento e sua realização possui riscos e complicações,
as quais encontram-se abaixo descritas, mas não são limitados a:

- I. Infecção;
- II. Rompimento da membrana do saco amniótico que envolve o bebê;
- III. Aumento da atividade uterina;
- IV. Irritabilidade do útero;
- V. Deslocamento da sutura.

CBHPM - 31309046

CID - O34.0 / O34.3 / O34.4

DECLARO estar ciente de que durante o procedimento de CERCLAGEM ou no período seguinte, situações
imprevisíveis, imponderáveis e emergências podem ocorrer, razão pela qual AUTORIZO, nestas
circunstâncias, a realização de qualquer outro procedimento, exames, tratamento ou cirurgia, incluindo a
transfusão de sangue e outros hemocomponentes necessários para solucionar tais complicações de acordo
com as características e peculiaridades do quadro clínico apresentado e decisão médica.

DECLARO ter compreendido que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos,
independentemente do tipo de procedimento ou da eficiência dos cuidados médicos.

DECLARO que recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de
tratamento, tendo-me sido concedido o poder de decisão e, por livre iniciativa, AUTORIZO a realização do
procedimento de CERCLAGEM, CONCORDANDO, ainda, com a execução dos procedimentos preparatórios



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO - CERCLAGEM**

TER.ESP.0370/00
Implantação: 06/2024
Classificação: RESTRITO

próprios, desde já, autorizados aos médicos, seus auxiliares e técnicos a conduzir o procedimento ora consentido e demais que se façam necessários, CIENTE, ainda, de que tenho o direito de desistir, a qualquer momento, do tratamento proposto, mediante a revogação deste termo de consentimento.

Por fim, DECLARO ter lido todas as informações contidas no presente instrumento, bem como terem sido satisfeitas todas as dúvidas e questões através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre o procedimento e seus riscos, EXPRESSO meu pleno consentimento para realização do procedimento de CERCLAGEM.

Chapecó (SC) _____ de _____ de _____.

Ass. Paciente e/ou Responsável

Nome: _____

RG/CPF: _____

Ass. Medico Assistente

Nome: _____

CRM: _____ UF: _____