

Termo de Ciência

Eu, _____ (nome completo),
_____ (nacionalidade), portadora do RG _____ e
inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na

_____, _____ (cidade) / _____
(estado), declaro para os devidos fins **estar ciente** que o(a) médico(a)
obstetra _____
(nome), inscrito(a) no CRM nº _____, não irá realizar o parto, me
assistindo apenas durante o pré natal, exclusivamente em seu consultório sito à
_____(endereço), com a minha prévia
ciência e concordância.

Declaro ainda ter sido esclarecido que em caso de urgência ou emergência deverei procurar o hospital ou maternidade onde serei assistida pela equipe de plantão.

Declaro também que me foi comunicado que serão entregues, por escrito, todas as informações e exames relativos ao pré natal, tendo sido orientada a levar tais documentos à maternidade aos cuidados do médico que irá realizar o parto ou atender eventuais urgências/emergências desta gravidez.

Declaro, por fim, que recebi todas as explicações necessárias sobre a resolução da gravidez, inclusive o(s) local(is) onde poderei realizar o parto, tendo sido respondidas todas as minhas dúvidas.

Por ser verdade, firmo a presente na presença de duas testemunhas:

_____, ____ de _____ de _____.

Local e Data

(Nome)

(Assinatura)

Testemunhas:

(Nome, assinatura, RG)

(Nome, assinatura, RG)