

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ATUAÇÃO DA DOULA

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ Número do Registro/Atendimento: _____

Eu, _____,
RG _____ CPF _____, autorizo a Doula
_____, CPF _____,
cadastro número _____, devidamente capacitada para esta função, conforme certificado em
anexo, a acompanhar meu trabalho de parto, periparto e pós parto, e ainda declaro:

- A. Que a Doula é pessoa da minha escolha, sem qualquer vínculo com o Hospital São Vicente de Paulo.
- B. Que tenho ciência de que o Hospital São Vicente de Paulo não oferece, não cobra valores e nem contrata qualquer serviço de Doula.
- C. Que eventuais valores cobrados pela Doula são, única e exclusivamente, de responsabilidades da Doula e sem influência e tampouco ciência do Hospital São Vicente de Paulo.
- D. Que concordo com os procedimentos listados no documento anexo e que serão aplicados pela Doula.
- E. Que a Doula é proibida de realizar imagens nas dependências do Hospital São Vicente de Paulo.
- F. A Doula por mim escolhida observará e se submeterá a todos os protocolos de atendimento de meu trabalho de parto, periparto e pós-parto do Hospital São Vicente de Paulo, não interferindo no fluxo destes protocolos.
- G. A Doula deverá seguir as normas técnicas desta instituição e da maternidade, caso contrário poderá ser convidada a interromper o acompanhamento que está realizando.
- H. Tenho clara convicção de que os atos praticados pela Doula, por mim escolhida, são responsabilidade técnica e pessoal dela.

Passo Fundo/RS, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável legal