

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ATUAÇÃO DA CONSULTORA DE AMAMENTAÇÃO

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Eu, _____,
RG nº _____, CPF nº _____, autorizo a
Consultora de Amamentação _____,
CPF nº _____, devidamente capacitada para esta função, conforme certificado em
anexo, a acompanhar o processo de aleitamento materno durante a internação nessa instituição,
ainda declaro:

- A. Que a Consultora de Amamentação 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 Consultoria de Amamentação.
- C. Que eventuais valores cobrados pela Consultora de Amamentação são, única e exclusivamente, de responsabilidades da Consultora 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 Consultora de Amamentação.
- E. Que a Consultora de Amamentação é proibida de realizar imagens nas dependências do Hospital São Vicente de Paulo.
- F. A Consultora de Amamentação por mim escolhida não poderá interferir no protocolo de Aleitamento Materno do Hospital São Vicente de Paulo.
- G. A Consultora de Amamentação 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 Consultora de Amamentação, por mim escolhida, são responsabilidades técnicas e pessoal dela.

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

Assinatura do paciente