

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ATUAÇÃO DA DOULA OU ENFERMEIRA OBSTETRA

Identificação do profissional: ( ) Doula ( ) Enfermeira Obstetra

Eu (nome completo da gestante/parturiente), \_\_\_\_\_,

Residente no endereço \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Declaro que desejo receber o acompanhamento da Doula ou Enfermeira Obstetra (nome completo)

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Residente no endereço \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_

durante o período de minha internação na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Barretos, incluindo as fases do pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Declaro ainda estar ciente de que a doula ou enfermeira obstetra não substitui o acompanhante de minha livre escolha, a que legalmente tenho direito.

Declaro que tenho conhecimento que a Doula irá prestar assistência emocional e psicológica e que esta vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto, parto e pós-parto e que deverá seguir as normas institucionais para garantir a segurança de todos os profissionais envolvidos na minha assistência.

Declaro que tenho conhecimento que a Enfermeira Obstetra irá prestar assistência no pré-parto, parto e pós-parto em consenso com equipe médica e que deverá seguir as normas institucionais para garantir a segurança de todos os profissionais envolvidos na minha assistência.

A Santa Casa de Misericórdia não se responsabiliza pelo trabalho profissional prestado pela Doula ou Enfermeira Obstetra que será contrato de livre escolha dos pais.

Gestante/Parturiente

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do responsável \_\_\_\_\_

Doula/Enfermeira Obstetra

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_