

## Declaração de Responsabilidade para a Presença de Doulas

Eu \_\_\_\_\_,

portadora do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ já devidamente cadastrada no SISVOL pela unidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que:

1. Prestarei apoio emocional e físico durante o pré-parto, parto e pós-parto da gestante, Sra. \_\_\_\_\_;
2. Estou ciente que fica vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto, parto ou pós-parto;
3. Respeitarei e acatarei todas as condutas da equipe de saúde;
4. Respeitarei e cumprirei todas as orientações contidas nas normas internas e no Código de Conduta do Hospital Sepaco, conforme as orientações já recebidas em treinamento; e,
5. Respeitarei e cumprirei a **LEI Nº 16.602, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2016** e o **DECRETO Nº 57.839, DE 17 DE AGOSTO DE 2017**;

Declaro, ainda, que sou uma profissional capacitada ao exercício das atividades de Doula, independente, sem qualquer vínculo ou subordinação com o Hospital Sepaco e que responderei isoladamente por eventuais danos decorrentes de meus atos e/ou omissões.

São Paulo \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Doula

Anuência da gestante:

Gestante: \_\_\_\_\_,

portadora do RG: \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

Telefone: \_\_\_\_\_.

Unidade de Saúde do Pré-natal: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Gestante