

Termo de responsabilidade e consentimento para a presença de Doulas no pré-parto, centro obstétrico e pós-parto

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