www.unimedvsf.com.br
Rua do Coliseu, 123
56.302-390, Centro, Petrolina-PE
T. (87) 3866-7900

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE CONDUTA DA DOULA

Obrigatória assinatura em todas as páginas

Este termo tem por objetivo estabelecer a relação entre a presença da Doula e sua atividade com o Serviço de Obstetrícia do Hospital Unimed Petrolina - HUP, de forma a assumir o compromisso em seguir as conformidades das Normas e Rotinas de funcionamento da instituição.

Eu, _____ (nome completo da gestante/parturiente), _____ (nacionalidade), RG nº _____, CPF n° _____, residente e domiciliada à _____ (endereço completo; rua, nº, bairro, cidade, estado), declaro que desejo receber o acompanhamento da doula _____ (nome completo da doula) durante o período de minha internação na Maternidade do Hospital Unimed Petrolina - HUP incluindo as fases de pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto normal imediato. Declaro ainda estar ciente de que a doula não substitui o acompanhante de minha livre escolha, a que legalmente tenho direito.

Declaro ter sido informada, que o Hospital Unimed Petrolina é uma instituição privada, que presta atendimento a gestantes e parturientes, e que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Declaro ter conhecimento das Normas e Rotinas de funcionamento da Maternidade do Hospital Unimed Petrolina - HUP, assim como normas e rotinas da atuação da Doula nesta instituição. Comprometo-me a cumpri-las e não interferir nas condutas e rotinas obstétricas desta instituição. Declaro não haver vínculo empregatício com esta instituição ou com quaisquer dos profissionais que aqui trabalham, caracterizando esta atividade ocupacional como prestação de serviço, sem ônus para a instituição.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o responsável da equipe obstétrica (em prontuário) e a outra, comigo.

Petrolina-PE ___de _____de _____.

_____ _____

Ass. Doula Ass. da gestante e/ou parturiente