



Registro Padrão Unimed - 900

Revisão: 001 | Data: 24/04/2018

Termo de Consentimento Médico para a Presença de Doulas no Pré-Parto, Parto e Pós-Parto



Eu _____ portador (a) do RG _____ e CPF _____, já devidamente cadastrado (a) no Hospital Geral Unimed, prestarei apoio emocional e físico durante o pré-parto, parto e pós parto da gestante Sra. _____.

Estou ciente que:

- Fica vedada qualquer atividade ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto, parto e pós-parto;
- Em função do espaço físico e diante da escolha da gestante pela permanência do acompanhante, não poderei exercer as atividades de doula para a referida gestante;
- Respeitarei e acatarei todas as condutas da equipe de saúde;
- Respeitarei e cumprirei a Lei nº 12.166, 02/06/2015;

Li e estou ciente dos termos presente na Política Institucional de Acompanhamento ao Parto por Doulas - PPU- 859.

Ponta Grossa, _____ de _____ de 20_____.

ANUÊNCIA DA GESTANTE

		/ /
<i>Gestante</i>	<i>Doula</i>	<i>Data</i>

AUTORIZAÇÃO

Sim	Não	/ /
<i>Médico Obstetra (Assinatura e Carimbo)</i>		<i>Data</i>