

PREFEITURA DE MUNICIPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE

## Termo de consentimento para a presença de Doulas no pré-parto, cento obstétrico e pós-parto

Eu \_\_\_\_\_ Portadora do RG \_\_\_\_\_

E CPF \_\_\_\_\_

1. Prestarei apoio emocional e físico durante o pré-parto, parto 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. Estou ciente de que em função do espaço físico e diante da escolha da gestante pela permanência do acompanhante, não poderei exercer as atividades de Doulas para a referida gestante;
4. Respeitarei e acatarei todas as condutas da equipe de saúde;
5. Respeitarei e cumprirei todas as orientações contidas no manual de Doulas da Secretaria Municipal de Saúde, que recebi nesta data;
6. Respeitarei e cumprirei a **LEI N° 16.602, de 23 de DEZEMBRO DE 2016 e o DECRETO N° 48.696, DE 5 DE SETEMBRO DE 2007**;
7. Li e estou ciente dos termos do presente termo e do Manual do Programa de Doulas da SMS

São Paulo.....de.....de 20.....

---

Assinatura da Doula

Anuênciia da gestante:

Gestante:.....

Portadora do RG:.....e do CPF:.....

Telefone:.....

Unidade de Saúde do Pré-Natal.....

# **Autorização de acesso da Doula no CPH, centro obstétrico e maternidade**

A Sra. \_\_\_\_\_, portadora do RG \_\_\_\_\_ estará autorizada a acompanhar a gestante abaixo, durante todo seu período de internação, exclusivamente na qualidade de Doula voluntária externa, salvo se, por motivo de espaço físico, a gestante optar pela permanência do acompanhante.

Nome da Gestante:.....

Portadora do RG:..... e do CPF:.....

Endereço\_\_\_\_\_

Telefone:.....

Unidade de Saúde do Pré-natal:.....

São Paulo..... de..... de 20.....

---

Assinatura da Gestante

---

Assinatura da Liderança do CPMH