

PREENCHIMENTO PELA PACIENTE

Nome da Paciente: _____

CPF da Paciente: _____ Telefone da Paciente: (____) _____

Endereço da Paciente: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

CASO SEJA O RESPONSÁVEL PELA PACIENTE, PREENCHER OS DADOS ABAIXO:

Nome do Responsável: _____

CPF: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Eu, _____, parturiente, DECLARO e AUTORIZO a presença da **doula por mim indicada abaixo para acompanhamento durante o trabalho de parto e parto natural no Complexo Hospitalar Samuel Libânio (CHSL).**

Dados da Doula Indicada:

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Declaro estar ciente e de acordo com as seguintes condições:

1. Que a doula exerce exclusivamente atividades de suporte físico, emocional e informacional, **não estando autorizada a realizar qualquer procedimento médico, clínico, assistencial ou de enfermagem.**
2. Que a doula é pessoa de minha confiança, indicada para acompanhar o meu parto natural, exclusivamente nas últimas 12 (doze) horas que antecedem o parto, mas desde que comprovada sua formação em curso técnico para doulas, devidamente reconhecido, com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas.
3. Que assumo integral e exclusiva responsabilidade pela profissional indicada, **inclusive quanto às ações por ela praticadas e às obrigações financeiras decorrentes de sua contratação**, isentando o CHSL de qualquer responsabilidade civil, trabalhista, administrativa ou financeira.
4. Que a doula **não pode interferir** nas condutas, decisões e rotinas assistenciais adotadas pela equipe de saúde do CHSL, devendo respeitar as normas institucionais, de biossegurança e os protocolos internos.
5. Que recebi e compreendi as orientações relativas ao acompanhamento por doula, comprometendo-me a garantir que a profissional por mim indicada **cumpra rigorosamente tais normas.**

6. Que o CHSL **não se responsabiliza pelo trabalho ou pela atuação profissional da doula**, a qual é de minha livre escolha e contratação, **assumindo eu integralmente quaisquer responsabilidades decorrentes dessa relação**, inclusive perante terceiros eventualmente prejudicados.

7. Que estou ciente de que o **descumprimento de qualquer das condições acima poderá implicar na revogação da autorização de permanência** da doula nas dependências do CHSL.

8. Que fui orientada a entregar o TCLE e da Orientação Técnica Institucional para Acompanhamento de Doula, devidamente assinados, no dia do parto, sob pena de não ser liberada a entrada da doula no CHSL.

Por ser expressão de minha livre vontade, firmo o presente termo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus efeitos legais.

Pouso Alegre, _____ de _____ de _____.

Parturiente ou Responsável

Testemunha:

1. _____
Nome:
CPF:

Testemunha:

2. _____
Nome:
CPF: