

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA
ASSISTÊNCIA EMOCIONAL POR PROFISSIONAL DE APOIO**

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

Dados do Profissional Indicado:

Nome: _____
CPF: _____ Telefone: (____) _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
Estado: _____

Declaro estar ciente e de acordo com as seguintes condições:

1. Que o PROFISSIONAL DE APOIO exerce exclusivamente atividades de suporte físico, emocional e informacional, **não estando autorizado a realizar qualquer procedimento médico, clínico, assistencial ou qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento da parturiente.**
2. Que o PROFISSIONAL DE APOIO 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 de especialização em obstetrícia ou em doulagem, devidamente reconhecido, conforme previsto no regulamento.
3. Que assumo integral e exclusiva responsabilidade pelo profissional indicado, **inclusive quanto às ações por ele praticadas e às obrigações financeiras decorrentes de sua contratação**, isentando o CHSL de qualquer responsabilidade civil, trabalhista, administrativa ou financeira.
4. Que o PROFISSIONAL DE APOIO **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 o PROFISSIONAL DE APOIO deve seguir rigorosamente as recomendações da equipe médica e de enfermagem, comprometendo-se a garantir a minha segurança e bem-estar.
6. Que recebi e compreendi as orientações relativas ao acompanhamento por PROFISSIONAL DE APOIO, comprometendo-me a garantir que o profissional por

mim indicado **cumpra rigorosamente tais normas.**

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

8. Que estou ciente de que a atuação do Profissional de Apoio não substitui o trabalho dos profissionais de saúde de CHSL e que deve atuar de forma colaborativa com a equipe hospitalar.

9. Que estou ciente de que, em caso de indicação médica de parto cesariano, **não será permitida a presença do profissional de apoio no Centro Cirúrgico**, permanecendo autorizado apenas o meu acompanhante legal, conforme normas assistenciais vigentes.

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

11. **Que fui orientada a entregar o presente Termo, o Termo de Ciência e Responsabilidade do Profissional de Apoio e a Orientação Técnica Institucional para Acompanhamento de Profissional de Apoio, devidamente assinados, até o dia do parto, sob pena de não ser liberada a entrada do profissional 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: