

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PRESENÇA DE DOULA NO PRÉ-PARTO, CENTRO OBSTÉTRICO E PÓS-PARTO

Eu _____, portadora do
RG _____ e CPF _____, já devidamente
cadastrada no Complexo Hospitalar Santa Casa.

1. Prestarei apoio emocional e físico durante o Pré-Parto, Parto e Pós-Parto da gestante,
Sra. _____;
2. Estou ciente que fica vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico e equipe multiprofissional durante o Pré-Parto; Parto ou Pós-Parto;
3. Estou ciente que em função do espaço físico e diante de possível 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 recebidas na capacitação no referido Complexo Hospitalar Santa Casa;
6. Estarei de acordo com a NR 32;
7. Respeitarei e cumprirei a **LEI Nº 4.630, DE 06 DE AGOSTO DE 2018**, que autoriza a presença de doula nas maternidades e estabelecimentos de saúde na forma que especifica;
8. Não tecer nenhum comentário de ordem pessoal sobre colegas, funcionários e usuários da unidade;
9. Estar ciente dos seus limites de atuação, não interferindo na conduta dos profissionais da unidade de saúde;
10. Guardar absoluto sigilo sobre assuntos referentes ao tratamento de saúde dos usuários;
11. Manter sigilo sobre informações que lhe forem confiadas pela gestante e que possam expor ou denegrir a sua imagem;
12. Li e estou ciente dos termos do presente termo e do Manual Instrutivo para Doulas do Complexo Hospitalar Santa Casa.

Bragança Paulista, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Doula

ANUÊNCIA DA GESTANTE:

Gestante: _____

Portadora do RG: _____ e do CPF _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura da Gestante

CIÊNCIA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR:

Administração Hospitalar



Rua Coronel Assis Gonçalves, 700 - Centro
Bragança Paulista - SP - CEP 12900-480 - Tel.: (11) 4481-8000

www.santacasabraganca.com.br

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AO PRÉ-PARTO, CENTRO OBSTÉTRICO E PÓS-PARTO

A Sra. _____, portadora do RG nº _____, CPF nº _____ está autorizada a acompanhar a gestante abaixo citada, durante todo o período de sua permanência no pré-parto, centro obstétrico e pós-parto, exclusivamente na qualidade de **DOULA**, salvo se, por motivo de espaço físico, a gestante optar pela permanência do acompanhante.

Bragança Paulista, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Doula

ANUÊNCIA DA GESTANTE:

Gestante: _____

Portadora do RG: _____ e do CPF _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Assinatura da Gestante

CIÊNCIA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR:

Administração Hospitalar



Rua Coronel Assis Gonçalves, 700 - Centro
Bragança Paulista - SP - CEP 12900-480 - Tel.: (11) 4481-8000

www.santacasabraganca.com.br

**CADASTRO NO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA, VALIDADO PELA: CCIH,
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO E MATERNIDADE.**

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____ RG: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____

E-mail: _____

End. Pessoal: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

End. Comercial: _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Bragança Paulista, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Doula

CIÊNCIA DO DIRETOR TÉCNICO:

Diretor Técnico

CIÊNCIA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR:

Administração Hospitalar

VALIDAÇÃO: CCIH / ED. CONTINUADA / CENTRO CIRURGICO

CCIH / Ed. Continuada / Centro Cirúrgico

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

Cópia autenticada do Certificado de Conclusão do Curso de Doulas;
Cópia autenticada do RG;
Cópia autenticada do CPF;
Atestado de Saúde;
Carteira de Vacinação completa
Foto (3X4), Recente.

VÁLIDO ATÉ DEZEMBRO DO ANO VIGENTE



Rua Coronel Assis Gonçalves, 700 - Centro
Bragança Paulista - SP - CEP 12900-480 - Tel.: (11) 4481-8000

www.santacasabraganca.com.br