

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ASSISTÊNCIA DA DOULA

PACIENTE / RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE (RG): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ AUTORIZO QUE:

A Doula, \_\_\_\_\_, portadora do RG \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, atue durante o meu período gestacional, no momento do parto e pós-parto imediato.

- a) A Doula atuará como suporte emocional, fornecendo informações, conforto físico e apoio durante a gestação, o trabalho de parto e o parto em si. Sua presença tem como objetivo promover um ambiente seguro e acolhedor, contribuindo para uma experiência positiva e respeitosa do parto.
- b) A presença da Doula é uma escolha pessoal e voluntária. Entendo que a sua atuação não substitui os cuidados médicos necessários durante o processo gestacional e de parto.
- c) Reconheço que a Doula não realizará procedimentos médicos, não tomará decisões em meu nome e respeitará minhas escolhas e decisões, sempre em acordo com as orientações da equipe médica responsável.
- d) A Doula se compromete a manter total confidencialidade sobre as informações compartilhadas durante o período de atuação, respeitando a privacidade da gestante e de sua família.
- e) Entendo que a Doula atuará em conformidade com as normas e regulamentos estabelecidos pelos profissionais de saúde responsáveis pelo meu atendimento durante o parto. Caso surjam situações que exijam intervenção médica, a Doula se compromete a respeitar as decisões da equipe médica.

---

Assinatura paciente ou responsável