

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ASSISTÊNCIA DA DOULA

Eu, _____ (Paciente / Responsável) (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.

Biguaçu, ____ / ____ / _____

Assinatura Paciente ou Responsável