



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA  
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM DOULA**

TRM

Nº024

Rev: 1

Página  
1 de 1

Por este instrumento, a paciente \_\_\_\_\_, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais, declara, para todos os fins legais, que autoriza o acompanhamento da Doula durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Declaro estar ciente de que a Doula em respeito ao Regimento Interno do Hospital Jaraguá e, de acordo com o pré-cadastro realizado junto à instituição, irá oferecer durante o trabalho de parto, apoio físico e emocional, sendo vedada qualquer interferência na conduta da equipe de saúde. Ainda, declaro que a Doula não possui nenhum vínculo empregatício com o Hospital Jaraguá, tendo a mesma sido contratada diretamente em caráter particular. Declaro que nenhum pagamento foi exigido e/ou realizado junto ao Hospital Jaraguá referente à contratação e acompanhamento da Doula. Fui informada também, que a não obediência das normas do Hospital durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato pela Doula, bem como a realização de conduta inaceitável, poderá o médico obstetra assistente requerer a retirada da mesma da sala. Declaro ainda, ter entendido todas as explicações realizadas, que foram expostas em linguagem apropriada e compreensível, bem como ter lido todas as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente, aceitou e se compromete a respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas. Assim, expresso meu pleno consentimento para acompanhamento da Doula deste procedimento.

Jaraguá do Sul-SC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Responsável Técnico:  
Dr. Amélio Alfredo Lissi  
(CRM-SC 9224 - RQE 5517)

**Dados da Paciente ou Responsável**

Nome	Assinatura	Nº Identidade
Dados da Doula		
Nome	Assinatura	Nº Identidade