



**PRO MATRE®**  
**PAULISTA**  
*Tradição de berço*

**Termo de consentimento e responsabilidade de  
Assistência emocional e psicológica ao parto (Doula).**

Eu \_\_\_\_\_  
Nacionalidade \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_,  
nascida em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_,  
portadora do RG \_\_\_\_\_ e CPF/MF \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliada na \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_ - Estado de \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_, telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, já devidamente cadastrada perante o  
Hospital e Maternidade Santa Joana S.A., declaro para todos os fins de fato e de direito, que:

1. Prestarei assistência emocional e psicológica durante o parto da Sra.

\_\_\_\_\_  
(parturiente), que será realizado pela equipe médica do(a) Dr(a).

\_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_,  
com data prevista para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, tendo como responsável pela internação  
o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_, que anui,  
juntamente com a parturiente, com os termos da presente declaração.

2. Possuo qualificação e estou habilitada para prestar assistência emocional e psicológica, na qualidade de doula, no parto da parturiente;
3. Prestarei assistência emocional e psicológica a parturiente, ficando vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto; parto ou pós-parto;
4. As atividades e funções por mim exercidas se restringirão à assistência emocional e psicológica da parturiente, ficando vedados atos médicos ou de enfermagem, tais como, mais não só: indicar ou realizar exames; manobras; orientar quanto a procedimentos médico-hospitalares; utilizar ou manusear equipamentos médicos, cirúrgicos, de monitoramento, enfermagem e/ou ministrar medicamentos, bem como fica vedado qualquer orientação diversa daquela dada pela equipe médica ou de enfermagem, responsabilizando-me integralmente pelas atividades e funções exercidas na assistência ao parto, isentando o hospital, médicos, equipe de enfermagem quanto a conduta por mim praticada.





**PRO MATRE®**  
**PAULISTA**

*Tradição de berço*

5. Seguirei as recomendações da equipe médica, hospitalar e de enfermagem, comprometendo-me a garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido e a contribuir para o perfeito atendimento da parturiente;
6. Obtive expressamente o consentimento do médico obstetra da parturiente para ingresso na sala de parto L.D.R.
7. Tenho ciência e concordo que ficará a critério exclusivo da equipe médica e de enfermagem autorizar a entrada na sala de parto L.D.R. de equipamentos, aparelhos (ex: aparelhos de música), materiais (ex: cremes, óleos relaxantes, etc) por mim levados, devendo para tanto dar ciência plena à equipe médica e de enfermagem quanto a estes. Comprometo-me, ainda, a suspender, qualquer momento, atividades que não esteja contribuindo para o parto, atendendo a solicitação da equipe médica ou de enfermagem;
8. Tenho ciência e concordo que em havendo a necessidade de intervenção cirúrgica de qualquer ordem na parturiente e/ou recém-nascido, bem como em caso de intercorrência médica, estarei proibida de fazer ou continuar a assistência ao parto, devendo para tanto me retirar do recinto;
9. Tenho ciência e concordo que a ofensa a qualquer uma destas condições implicará em descumprimento das condições do termo, podendo ser suspenso o cadastro para a atividade de doula perante o Hospital, sem prejuízo das sanções civis e criminais.

São Paulo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Doula**

**Anuentes:**

**Parturiente:** \_\_\_\_\_.

**Responsável pela internação:** \_\_\_\_\_.

**Pai do recém-nascido (caso não seja responsável pela internação):**

\_\_\_\_\_.

