

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	TCI.UAGENF2-OBS.001	
Título do Documento	ACOMPANHAMENTO DE PARTO-DOULA AUTÔNOMA	Emissão: 04/07/2024	Próxima revisão: 04/07/2026
		Versão: 1	

DADOS DO PACIENTE

NOME:			
DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___	PRONTUÁRIO:		
Responsável:			
CPF:			
Parentesco:			

Preencha os dados completos do(a) paciente ou cole a etiqueta de identificação. **Os itens em NEGRITO são obrigatórios**

Eu, _____
 (nome completo da gestante/parturiente), _____
 (nacionalidade), RG nº _____, CPF nº _____,
 residente e domiciliada à _____
 _____ (endereço completo; rua, nº, bairro,
 cidade, estado), declaro que desejo receber o acompanhamento da doula
 _____ (nome completo da doula)
 durante o período de minha internação na Maternidade Escola Assis Chateaubriand
 (MEAC-CH/Ebserh), incluindo as fases de pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto
 imediato. Declaro, ainda, estar ciente de que a doula não substitui o acompanhante de
 minha livre escolha, a que legalmente tenho direito.
 Declaro, por fim, ter sido informada das normas da instituição e que tive a oportunidade
 de esclarecer todas as minhas dúvidas.
 Fortaleza, ___ de ___ de ____
 Assinatura da gestante/parturiente: _____
 Assinatura da doula: _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data ___/___/___ e não desejo prosseguir com a intervenção _____.

() Paciente () Responsável Legal

Nome: _____
 CPF: _____ Parentesco: _____

Fortaleza, ___ de ___ de ____

Assinatura