



Termo de Autorização da Gestante para Atuação da Doula

Eu, _____, autorizo a Doula _____, devidamente cadastrada no Hospital Santa Casa de Maringá, a participar do meu trabalho de parto, parto e pós-parto. Declaro que estou ciente que o pagamento dos serviços privados de assistência prestados pela Doula durante todo o meu período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foram por mim livremente contratados e serão de minha responsabilidade, e que essa participação dos serviços durante o internamento dependerá da autorização do médico obstetra assistente.

Maringá, ____ de _____ de _____

Gestante ou responsável