



## Termo de Autorização da Gestante para Atuação da Enfermeira Obstetra

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a Enfermeira Obstetra \_\_\_\_\_, 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 Enfermeira obstetra 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