**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ATUAÇÃO DA FISIOTERAPEUTA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a fisioterapeuta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ devidamente cadastrada no Hospital Santa Casa de Maringá, a participar do meu trabalho de parto e pós-parto e tenho ciência sobre toda a assistência contratada a ser prestada junto a esta profissional. Declaro que estou ciente que o pagamento dos serviços prestados pela fisioterapeuta durante todo o meu período de trabalho de parto e pós-parto imediato foram por mim livremente contratados sem vínculos com esta instituição e serão de minha inteira responsabilidade, e que essa participação dos serviços durante o internamento dependerá da autorização do médico obstetra assistente.

Maringá, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente/gestante ou responsável