



IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS  
CNPJ.: 71.041.289/0001-35  
Rua Capitão Luiz Soares – 550 Centro São Sebastião/SP



## Termo de responsabilidade e consentimento para a presença de Doulas no pré-parto, centro obstétrico e pós-parto

Eu \_\_\_\_\_, portadora do  
RG nº \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_,  
endereço, \_\_\_\_\_,  
já devidamente cadastrada, declaro para os devidos fins que:

1. Prestarei apoio emocional e físico durante o pré-parto, parto e pós-parto da gestante, Sra. \_\_\_\_\_;
2. Estou ciente que fica vedada qualquer atividade e/ou conduta que interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré-parto, parto ou pós-parto;
3. Respeitarei e acatarei todas as condutas da equipe de saúde;
4. Respeitarei e cumprirei todas as orientações contidas nas normas internas e nos critérios descritos pelo SCIH do Hospital de Clínicas de São Sebastião, conforme as orientações a baixo.

### Orientações SCIH

- Acidente Ocupacional, acidentes com material biológico/perfurocortantes são de responsabilidade da Doula, buscar o enfermeiro responsável pelo plantão para encaminhar para Serviço de Segurança do Trabalho para executar protocolo interno.
- Paramentação em setores privativos: uso de EPI e roupa privativa, propés, uso de máscara e toucas conforme protocolo institucional.
- Vestimentas, calçado fechado e com solado não escorregadio, roupas apropriadas ao ambiente hospitalar.
- Cabelos, se longos manter preso.
- Unhas curtas se tiver pintadas esmalte íntegro.
- Lavagem das mãos, sempre antes e após contato com a parturiente.
- O uso de telefones celulares permitido apenas para fotos no momento do nascimento com a autorização da mãe.
- Não será permitido filmagens ou gravações em qualquer momento do parto.



**IRMANDADE DA SANTA CASA CORAÇÃO DE JESUS**  
CNPJ.: 71.041.289/0001-35  
Rua Capitão Luiz Soares – 550 Centro São Sebastião/SP



5. Respeitarei e cumprirei a LEI Nº 16.602, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2016 e o DECRETO Nº 57.839, DE 17 DE AGOSTO DE 2017;
6. aprovação da Lei 2686/2019 – Doulas de São Sebastião.

Declaro, ainda, que sou uma profissional capacitada ao exercício das atividades de Doula, independente, sem qualquer vínculo ou subordinação com o Hospital de Clínicas de São Sebastião e que responderei isoladamente por eventuais danos decorrentes de meus atos e/ou omissões.

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

\_\_\_\_\_ Assinatura da Doula

Anuência da gestante:

Gestante: \_\_\_\_\_.

Portadora do RG: \_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

Telefone: \_\_\_\_\_.

Unidade de Saúde do Pré-natal: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Gestante