

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO POR DOULA

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

À Diretoria de Atenção à Saúde do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater

Eu, _____, R.G. _____, C.P.F. _____, registro nos sistemas HCRP/Mater _____, venho respeitosamente solicitar autorização para ser acompanhada pela doula _____ durante internação no Centro de Referência da Saúde da Mulher – Mater para nascimento de meu/minha filho/filha.

Estou ciente de que o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, não realizando qualquer tipo de cobrança financeira pela presença da doula ou para uso das roupas privativas durante a assistência.

Estou também ciente de que a instituição possui regras para cadastro e liberação da entrada da doula seguindo as normas legais vigentes e que o cumprimento integral das exigências por parte da doula é condição totalmente necessária para a autorização de sua entrada.

Meu e-mail para devolutiva da solicitação é: _____.

Atenciosamente,
