

FICHA DE CADASTRO E TERMO DE CIÊNCIA E CONDUTA PARA ATUAÇÃO DE DOULA NO CRSMRP-MATER

1. DADOS DA DOULA

Nome:	
Data de Nascimento:	
Telefone:	
E-mail:	
R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	
Bairro:	
Cidade / Estado:	CEP:
Instituição onde se formou como doula: _____	
☐ Formação em doulagem – certificado/diploma de curso de qualificação profissional, conforme a Lei Federal nº 15.381/2026 (Carga horária mínima de 120 horas)	
☐ Regra de transição – comprovação de que, em 09/04/2026, já exercia a profissão de doula há mais de 3 anos, conforme a Lei Federal nº 15.381/2026.	
Registro ADOSP (quando houver):	
Formação complementar à de doula (quando houver):	
Número de Registro em Conselho de Classe (quando houver):	
Data da conclusão da Integração às normas institucionais:	

2. TERMO DE CIÊNCIA E CONDUTA

Declaro que conheço e me comprometo a cumprir as normas para atuação de doulas no CRSMRP-MATER.

Durante minha permanência na instituição, comprometo-me a:

1. Atuar somente como doula, oferecendo apoio físico, emocional e informativo à mulher acompanhada.
2. Respeitar as escolhas da paciente e o trabalho da equipe de saúde, mantendo comunicação respeitosa e colaborativa. Poderei auxiliar a paciente a esclarecer dúvidas e comunicar suas necessidades e preferências à equipe.
3. Não realizar procedimentos de saúde, administrar medicamentos, utilizar equipamentos médico-hospitalares, realizar avaliações clínicas, indicar tratamentos ou interferir nos procedimentos realizados pela equipe.

Av. Wanderley Taffo, nº 330 – Quintino Facci II - CEP 14070-250 – Ribeirão Preto – SP Fone: (16) 3962-8200 - Fax: (16) 3962-8213

FICHA DE CADASTRO E TERMO DE CIÊNCIA E CONDUTA PARA ATUAÇÃO DE DOULA NO CRSMRP-MATER

4. Utilizar somente medidas de conforto e métodos não farmacológicos compatíveis com a atuação da doula e com a segurança da paciente.
5. Manter sigilo e respeito à privacidade das pacientes e profissionais, não divulgando informações, fotos, vídeos ou gravações sem autorização.
6. Cumprir as normas institucionais de higiene, segurança e prevenção de infecções e, nos ambientes assistenciais e cirúrgicos, seguir as orientações da equipe relacionadas à segurança, circulação e posicionamento.
7. Em situações de urgência ou emergência, colaborar com a organização do ambiente e seguir as orientações de segurança da equipe, sem dificultar ou atrasar a assistência.
8. Estou ciente de que minha presença não substitui nem impede o acompanhante de livre escolha da paciente.
9. Estou ciente de que minha atuação não gera vínculo de emprego ou prestação de serviços com o CRSMRP-MATER ou com a FAEPA.
10. Declaro que minha presença como doula na instituição é voluntária.
11. Declaro estar ciente das atribuições e dos limites da profissão de doula previstos na **Lei Federal nº 15.381/2026** e das normas institucionais apresentadas durante a integração.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, que li e compreendi este Termo e que me comprometo a cumprir as regras acima.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Doula

USO INTERNO – CRSMRP-MATER

Documentação conferida: ☐ Sim ☐ Não

Data: ____/____/____

Cadastro: ☐ Regular ☐ Pendente

Pendências/observações: _____

Responsável pela conferência: _____