

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO POR DOULA NO CRSMRP-MATER

1. SOLICITAÇÃO DA PACIENTE

Eu, _____,
CPF nº _____, solicito ser acompanhada pela doula _____
_____, CPF nº _____,
durante minha internação no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto –
CRSMRP-MATER.

Declaro que a profissional acima indicada foi escolhida por mim e estou ciente de que:

- a presença da doula não substitui nem impede a presença do acompanhante de minha livre escolha;
- o CRSMRP-MATER é uma instituição que presta atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde – SUS e não realiza qualquer cobrança pela presença da doula ou pelo fornecimento das vestimentas necessárias ao acesso aos ambientes assistenciais;
- a doula deverá estar devidamente identificada e cumprir as normas institucionais de cadastro, segurança e atuação profissional.

E-mail ou telefone para contato: _____

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da paciente

2. DECLARAÇÃO DA DOULA

Eu, _____,
CPF nº _____, declaro que aceito acompanhar a paciente acima
identificada durante sua assistência no CRSMRP-MATER.

Declaro que minha participação ocorre por escolha da paciente e de forma independente da instituição, não gerando vínculo empregatício ou de prestação de serviços com o CRSMRP-

SOLICITAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO POR DOULA NO CRSMRP-MATER

MATER ou com a FAEPA, nem direito a qualquer remuneração ou vantagem financeira por parte dessas instituições.

Declaro, ainda, que estou ciente de que minha atuação deverá respeitar as atribuições da profissão de doula, as normas de segurança e funcionamento da instituição e o Termo de Ciência e Conduta para Atuação de Doula por mim firmado.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da doula

USO INTERNO – CRSMRP-MATER

☐ Doula com cadastro institucional regular

☐ Documentação/cadastro pendente

Observações: _____

Data da conferência: ____/____/____

Responsável: _____