



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A GESTANTE

Código: ASC.FR.0550

Data de  
elaboração:  
02/09/2021

Revisão:  
000

Eu, \_\_\_\_\_, de nacionalidade \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada à \_\_\_\_\_, declaro que desejo e AUTORIZO a presença da profissional \_\_\_\_\_, de nacionalidade \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, cadastrada nessa instituição a prestar serviço autônomo, durante o período de minha internação na Fundação Hospital e Maternidade São Camilo, incluindo as fases de pré parto, parto e pós-parto imediato.

Declaro ainda estar ciente que a profissional não substitui o acompanhante de minha escolha, a que legalmente tenho direito.

Aracruz – ES \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da gestante ou acompanhante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da profissional