



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