



AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MATERNIDADE MUNICIPAL LUCILLA BALLALAI

ANEXO II

TERMO DE SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DOULA

Eu _____ portadora do RG _____
CPF _____; e-mail: _____;
Celular: (____) _____; Gestante, cuja referência para parto é a
Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, declaro que:

- 1- Manifesto interesse e autorizo que a Doula _____
portadora do RG _____ CPF _____; e-
mail: _____; Celular: (____)
_____; preste apoio físico e emocional durante pré-parto, parto
e pós parto nessa instituição, conforme lei vigente.
- 2- Estou ciente que fica vedada qualquer atividade e/ou conduta que
interfira no atendimento médico-hospitalar durante o pré parto, parto e
pós-parto;

Londrina, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura da Gestante: _____