

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA GESTANTE PARA ATUAÇÃO DA DOULA (anexo IV)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, autorizo a doula \_\_\_\_\_, devidamente  
capacitada para esta função, conforme certificado em anexo, a participar do meu trabalho de  
parto, parto e pós parto, conforme lei estadual nº 16.869 de 15 de janeiro de 2016, cientes de  
que conforme legislação vigente não se pode realizar qualquer cobrança extra em procedimento  
e/ou internação do SUS.

Rio do Sul \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Paciente ou responsável