



Mário Palmério
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA GESTANTES QUE CONTRATAM DOULAS PARTICULARES

Eu _____ nacionalidade _____, profissão _____, inscrita no CPF sob o nº _____, portadora da cédula de identidade nº _____, residente e domiciliada à Rua _____ nº _____, Bairro _____, CEP nº _____, Município de _____, Estado _____, DECLARO, sob as penas da lei, que desejo receber o acompanhamento da doula _____ (nome completo da profissional) durante o período de minha internação no Mário Palmério Hospital Universitário, incluindo as fases de pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e assumo inteira responsabilidade pela Doula por mim contratada, isento o Mário Palmério Hospital Universitário, com sede na cidade de Uberaba/MG, na Av. Nenê Sabino, n. 2477, Bairro Santos Dumont, inscrito no CNPJ sob o nº 25.452.301/0005-00 e sua mantenedora, de qualquer responsabilidade por ato, ação ou omissão promovida pela Doula, capaz de causar prejuízos a mim, aos pacientes, profissionais e demais terceiros.

Por ser verdade, firmo o presente termo.

Uberaba/MG, ____ de _____ de _____

Nome e Assinatura da Gestante