**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo da gestante/parturiente), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nacionalidade), RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliada à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (endereço completo; rua, nº, bairro, cidade, estado), declaro que desejo receber o acompanhamento da doula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo da doula) durante o período de minha internação na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), incluindo as fases de pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Declaro ainda estar ciente de que a doula não substitui o acompanhante de minha livre escolha, a que legalmente tenho direito.

Declaro, por fim, ter sido informada, que o HU-UFGD é uma instituição pública e gratuita, que presta atendimento exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o responsável da equipe obstétrica e a outra, comigo.

Dourados, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_

Assinatura da gestante/parturiente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da doula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_