



PRO MATRE®
PAULISTA
Tradição de berço

Consentimento do Médico

Eu, _____
CRM _____
Autorizo a Sra. _____
de nacionalidade _____, nascida em ____/____/____,
profissão _____ (RG) _____
(CPF/MF) _____ residente e domiciliada
na _____, N° _____, Estado
de _____, CEP: _____,
telefone (____) _____, a adentrar na sala de parto L.D.R. e
prestar assistência psicológica e emocional a parturiente, Sra. _____

durante o parto previsto para ____/____/____, desde que observados os critérios e
normas do Hospital e Maternidade Santa Joana S.A.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Médico – CRM (carimbo e Assinatura)

