

A paciente _____,

Data Nascimento: ____/____/____ declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto na **Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005**, conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que esse acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha.

Assim, mesmo possuindo o conhecimento deste direito, **prefiro recusar a presença de um acompanhante durante o pré, o parto ou o pós parto, assumindo os riscos inerentes à essa decisão.**

Linhares (ES), ____ de _____ de _____.

Assinatura da paciente _____ CPF: _____._____._____-____

Assinatura de uma Testemunha _____ CPF: _____._____._____-____