



A **REHUNA– Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento**, foi criada em 17 de outubro de 1993. Pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e de educação, planejadores e executores das políticas de saúde, com o **objetivo** de:

- Mostrar os riscos à saúde, de mães e bebês, causados por práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas;
- Resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
- Incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- Aliar conhecimento técnico e científico, sistematizado e comprovado, a práticas humanizadas do atendimento ao parto e nascimento;

Estas e outras de nossas propostas estão perfeitamente sintonizadas com as **Recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto normal, de 1985, 1996 e atualizadas em 2018.**

Se você é profissional ou estudante da área de saúde, ou simpatiza com a nossa causa, junte-se a nós!

Para filiar-se à REHUNA, leia a declaração abaixo e, caso esteja de acordo, preencha e assine a ficha de filiação. O recibo será enviado para seu endereço.

**Envie este documento e o comprovante de depósito identificado ou transferência bancária** para a Secretaria, aos cuidados de Larissa Menon Rodrigues, no endereço: SCLN 113 – Bloco B – Sala 106 – Asa Norte CEP. 70.763-520 – Brasília – DF – Brasil, ou escaneados e enviados ao e-mail: [sec.rehuna@gmail.com](mailto:sec.rehuna@gmail.com)

### DECLARAÇÃO

Estou ciente de que, sendo integrante da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa, comprometo-me a promover, difundir, preconizar, implantar, implementar e trabalhar para que sejam adotadas em nosso País as Recomendações da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto normal, sejam as de 1985 (The Lancet, 24.08.85, pp 436-7), as de 1996 (*Safe Motherhood: Care in Normal Birth – a practical guide*. Geneve. WHO / FRH / MSM / 96.24), ou as de 2018 (*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*)

Permito que meu nome conste das listas de filiados - eletrônica e impressa. **SIM** \_\_\_ **NÃO** \_\_\_

### FICHA DE FILIAÇÃO

NOME:					
CPF:					
ENDEREÇO:				RG:	
CEP:	BAIRRO:			CIDADE/ESTADO:	
DDD + TELEFONE (s):		CELULAR:		E-MAIL:	
FORMAÇÃO/PROFISSÃO:		INSTITUIÇÃO:			
DATA/ASSINATURA:					
TEMAS SOBRE OS QUAIS PODE PALESTRAR:					

**CONTRIBUIÇÃO ANUAL:** Anexe a este documento um comprovante de depósito identificado ou transferência bancária no valor indicado abaixo:

Entidade/Instituição: **R\$ 330,00** Profissional de nível universitário: **R\$200,00** Parteira Tradicional: **R\$ 40,00**  
Profissional Nível Médio/ Estudante de graduação/ Doula sem nível universitário: **R\$ 85,00**

**Banco do Brasil (001) – Agência 3599-8 - C/C 39673-7** – Para transferências identificadas, o **CNPJ é 04.813.786/0001-17**

**OBS.:** Independente da data de filiação, a anuidade será paga em seu valor total.