TERMO DE RESPONSABILIDADE
(Unidade Notificadora)

Eu,_____,
profissão _____ registrado sob nº _____ no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP, CPF _____, regularmente vinculado à Instituição _____ no cargo de _____sito à Rua _____, nº____, Bairro_____, CEP:_____, município de _____ tendo em vistas as responsabilidades éticas e legais que envolvem a emissão da Declaração de Óbito e de Nascidos Vivos e, o uso destes instrumentos na produção das estatísticas de saúde bem como na orientação das ações de saúde pública, declaro ter ciência que sou responsável por supervisionar os profissionais médicos no âmbito da Unidade Notificadora para:

1. Preencher os dados de identificação da DO e/ ou DN tendo como base o documento da pessoa falecida ou da mãe do nascido vivo, sem abreviações e/ou rasuras e letra legível.
2. Registras as causas da Morte, no caso da Declaração de Óbito obedecendo ao disposto nas regras internacionais anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha com tempo aproximado entre o início da doença e a morte.
3. Efetuar o preenchimento da DO e/ou DN de forma completa abrangendo todos os campos com informações confiáveis, não omitindo variáveis essenciais de interesse epidemiológico, tais como tipo de óbito, sexo, idade, municípios de ocorrência e residência entre outros, efetuando a revisão do preenchimento dos campos antes de emiti-la e assiná-la.
4. Nos casos de preenchimento errôneo da DO ou DN, seja qual for o campo, inutilizá-la e apor a palavra ANULADA em cada via de forma que impeça seu aproveitamento, devolvendo formalmente as três vias à Secretaria Municipal de Saúde, para o cancelamento da respectiva numeração nos respectivos sistemas informatizados.
5. Encaminhar as declarações preenchidas (primeira via) à Secretaria Municipal de Saúde:

a) Até no máximo de 48 horas, a partir do evento, para óbitos de mulheres em idade fértil, óbitos maternos, infantis e fetais conforme previsto nas Portarias SVS/MS nº 1119/2008 e nº 72/2010.

b) Até no máximo em sete dias a partir do evento (DO ou DN) para as demais declarações.

6. Observar e cumprir as boas práticas de controle e segurança na guarda destes formulários visando coibir o uso indevido e ilícito dos mesmos.
7. Tomar as providências cabíveis junto à autoridade policial no caso de furto e/ ou extravio de DO e/ ou DN, registrando boletim de ocorrência anotando o quantitativo e a respectiva série numérica envolvida no episódio, além de comunicar imediatamente a autoridade sanitária fornecedora dos respectivos formulários.
8. Utilizar a série numérica fornecida de forma sequencial evitando retenção de séries numéricas antigas e/ou o uso aleatório ou fragmentado, inclusive antes de iniciar o uso de novas séries retiradas em períodos subsequentes.

Declaro ainda estar ciente que o não cumprimento destas prerrogativas poderá caracterizar infração ética, passíveis de punições nas esferas penal, civil e administrativa, de acordo com a legislação vigente.

Sorocaba,____ de _____de 20____

_____

Assinatura

Rua: Nain, 57 Jd. Betânia
(esquina com Av. Ipanema, 5001)
(15) 3229-7308
epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br