

## REQUERIMENTO DE CADASTRO PARA OBTENÇÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

### Estabelecimento de Saúde

Nome completo sem abreviações \_\_\_\_\_

End.residência \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CR \_\_\_\_\_

venho solicitar o cadastramento junto a este órgão na condição de:

( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Obstetriz

( ) Cartório ( ) Responsável técnico por Unidade Notificadora

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

para obtenção de formulários oficiais de **Declaração de Nascido Vivo** para uso segundo normas éticas e legais previstas na legislação brasileira.

Nestes termos Pede Deferimento,

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_

Assinatura

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

### Estabelecimento de Saúde

Eu, \_\_\_\_\_,  
profissão \_\_\_\_\_ registrado sob nº \_\_\_\_\_ no Conselho Regional de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_, regularmente vinculado à Instituição  
\_\_\_\_\_ no cargo de \_\_\_\_\_ sito  
à Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, município  
de \_\_\_\_\_ tendo em vista as responsabilidades éticas e legais que envolvem a emissão  
da Declaração de Nascidos Vivos (DN) 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  
no âmbito da Unidade Notificadora para:

1. Preencher os dados de identificação da DN tendo como base o documento da pessoa falecida ou damãe do nascido vivo, sem abreviações e/ou rasuras e letra legível.
2. Efetuar o preenchimento da 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 da emití-la e assiná-la.
3. Nos casos de preenchimento errôneo da DO ou DN, seja qual for o campo, inutilizar o formulário e apor a palavra ANULADA em cada via, de forma que impeça seu aproveitamento, devolvendo formalmente as três vias a Secretaria Municipal de Saúde para o cancelamento da respectiva numeração nos sistemas informatizados.
4. Encaminhar a primeira via das declarações preenchidas 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 sete dias a partir do evento (DN ou DO) para as demais declarações.
5. Observar e cumprir as boas práticas de controle e segurança na guarda destes formulários visando coibir o uso indevido e ilícito dos mesmos.
6. Tomar as providências cabíveis junto à autoridade policial no caso de furto ou extravio de DO e/ou DN, registrando boletim de ocorrência, informando a quantidade e a respectiva numeração, comunicando imediatamente a autoridade sanitária fornecedora dos respectivos formulários.
7. Utilizar a série numérica fornecida de forma seqüencial na totalidade da cota, evitando retenção de séries numéricas antigas e/ou o uso aleatório ou fragmentado.

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

\_\_\_\_\_, 20\_\_

Assinatura