

REQUERIMENTO DE CADASTRO PARA OBTENÇÃO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

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

Eu, _____,
profissão _____ registrado sob nº _____ no Conselho Regional de
_____, CPF _____, sito à Rua _____
_____, nº _____, Bairro _____,
CEP: _____, município de _____ tendo em vista 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:

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. Registrar 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 da emití-la e assiná-la.
4. 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 à Secretaria Municipal de Saúde, para o cancelamento da respectiva numeração nos 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 (óbito ou nascido vivo) 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 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.
8. Utilizar a série numérica 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