

ANEXO II

Termo de Responsabilidade

(Notificador)

Eu, _____, exerço a profissão de _____, sob o número de registro _____, no Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, RG _____, CPF _____, sito à _____, número _____, bairro _____, CEP _____, Município de _____ tendo em vista as responsabilidades éticas e legais que envolvem a emissão da Declaração de Óbito (DO) e o uso deste instrumento na elaboração de estatísticas vitais bem como na orientação de ações em saúde pública, declaro ter ciência que sou responsável por:

1. Preencher os dados de identificação da DO tendo como base o documento da pessoa falecida sem abreviações e/ou rasuras e em letra legível em todos os campos.
2. Obedecer o estabelecido nas Normas e Regras Internacionais para efetuar o registro das causas de morte ao preencher o campo pertinente a elas na DO, usando uma linha para cada diagnóstico apontado e estabelecendo, quando possível, o tempo de início.
3. Preencher de forma legível, adequada e completa TODOS os campos da DO com informações confiáveis, sem omitir as variáveis epidemiológicas essenciais que constam na DO, sendo eles: Sexo, Naturalidade, Data de Nascimento, Raça/Cor, tipo de Óbito, Escolaridade, Profissão, local de residência e ocorrência do óbito, campo IV em casos de morte em menores de 1 ano e o 37 nos casos de óbito de mulheres em idade fértil. Após preenchê-los deve-se efetuar a revisão dos dados antes de emitir e assinar a DO.
4. Nos casos de morte por causas externas, os médicos peritos que elaboram a referida DO devem, quando possível, preencher a **PROVÁVEL** circunstância de morte não natural (campo VII) antes de emitir e assinar a DO.
5. Em caso de preenchimento errôneo do campo V da DO deve-se INUTILIZÁ-LA e apor a palavra **ANULADA** em cada via da DO de forma que impeça o seu aproveitamento. Neste caso, deve-se imediatamente comunicar o ocorrido à Secretária Municipal de Saúde e providenciar a devolução formal das três vias à SMS para o cancelamento da respectiva numeração nos sistemas informatizados.

6. Encaminhar **pessoalmente** a via branca (primeira via) das declarações de óbito preenchidas à SMS-SP nas seguintes situações:

a-) em até no máximo 48 horas nos casos de óbitos infantis, fetais, mulheres em idade fértil e materno conforme previsto nas Portarias SVS/MS nº1119/2008 e nº72/2010.

b-) em até no máximo **sete dias para os óbitos ocorridos neste município com residência em outros municípios.**

c-) os demais casos seguem o fluxo estabelecido anteriormente.

7. Responder, quando solicitado, as indagações do Programa de Cartas do PRO – AIM em no máximo 30 dias.

8. Realizar a renovação do cadastramento a cada três anos assim como manter os dados de contato atualizados junto à SMS-SP.

9. Observar e cumprir as boas práticas de controle e segurança na guarda destes formulários visando coibir o uso ilícito e indevido dos mesmos.

10. Tomar as providências cabíveis junto à autoridade policial em caso de furto e/ou extravio de DO, registrando em Boletim de Ocorrência específico o quantitativo e a respectiva série numérica envolvida no sinistro, além da comunicação imediata à autoridade sanitária fornecedora do respectivo formulário.

11. Utilizar a série numérica fornecida de forma sequencial a fim de evitar retenção de séries numéricas antigas e de forma aleatória ou fragmentadas antes de providenciar novas retiradas.

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

São Paulo, _____ de 20 .

Assinatura