

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE FORMULÁRIOS DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Médico autorizador: _____

CRM |__|__|__|__|__|__|,

autorizo _____ portador do documento de Identidade nº |__|__|__|__|__|__|__|__|, emitido pelo _____, a retirar junto à Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre / Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde / Equipe de Vigilância de Eventos Vitais, Doenças e Agravos não Transmissíveis, localizada na Av. Padre Caciue 372, 5º andar, formulários de Declaração de Óbito (DO).

A entrega dos formulários de DO, para meu uso exclusivo e intransferível, deverá ser efetuada à pessoa autorizada mediante solicitação escrita em receituário próprio com minha assinatura e condicionada a apresentação do documento de identidade da pessoa autorizada acima referida .

Outrossim, assumo integral responsabilidade pelo uso dos formulários de DO entregues à pessoa autorizada, bem como pelo completo e correto preenchimento dos mesmos, nos termos do Código de Ética Médica (Artigos 39, 110, 114, 115) e legislação vigente (Lei 6503, de 22.12.72, que regulamenta a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Pública, artigo 803, e o Código Penal Brasileiro, artigo 302).

Este Termo de Autorização somente perderá a validade através de solicitação formal, encaminhada a PMPA/CGVS/EVEV, com recebimento daquele órgão.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

Assinatura do médico autorizador

Este documento deve ter o reconhecimento em cartório ou tabelionato da assinatura do médico autorizador.