

| FORMULÁRIO | | |
|---|-----------------------|-------------|
| TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PARA DESTINAÇÃO DE FETO | CÓDIGO: FP.SES.001 | REVISÃO: 01 |
| | | PÁGINA:1/2 |

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PARA DESTINAÇÃO DE FETO

Eu _____, portador(a) da carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, declaro para os devidos fins que:

1. Fui informado(a) que, em caso de abortamento, a RDC 222, de 28 de março de 2018 da ANVISA, estabelece que os produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares são considerados Resíduos de Registro de Saúde (RSS);
2. Fui esclarecido(a) que a Resolução CFM nº 1.779/2005 determina que em caso de morte fetal os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm;
3. Estou ciente que, no caso de abortamento nas condições previstas no “item 1”, o sepultamento fica a critério dos pais ou do responsável que deverão retirar o feto da **Maternidade no prazo de 72 (setenta e duas) horas após da alta hospitalar**. Esgotado este prazo, nos exatos termos da RDC 222, de 28 de março de 2018 da ANVISA, será considerado como Resíduos de Serviço de Saúde (RSS).
4. Estou ciente que, em caso de óbito fetal, nas condições previstas no “item 2”, após o fornecimento da Declaração de Óbito, os pais ou o responsável deverão retirar o feto da maternidade no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas após alta hospitalar, sob efeito do feto ser encaminhado ao serviço funerário, na responsabilidade da maternidade.
5. Fui informado(a) que a Resolução CFM nº 1.779/2005, estabelece, igualmente, que os produtos de fecundação sem sinais vitais após o registro no local de geração, devem ser encaminhados para: I - Sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal.
6. Fui informado(a) que a opção pelo sepultamento acarreta em minha responsabilidade sobre as despesas da funerária, assim como em relação ao registro da Declaração de Óbito no cartório, e que devo retirar o feto, em até 72 (setenta e duas) horas após a alta hospitalar.

| FORMULÁRIO | | |
|---|-----------------------|-------------|
| TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE PARA DESTINAÇÃO DE FETO | CÓDIGO: FP.SES.001 | REVISÃO: 01 |
| | | PÁGINA:2/2 |

7. Estou ciente que o médico ou os pais/responsável poderão solicitar a realização de exames para descobrir a causa do abortamento ou da morte fetal.

Conforme orientada(o) opto por:

- () Não realizar o sepultamento (no caso descrito no item 01);
- () Sepultar através dos serviços funerários de forma particular respeitando as normas do hospital;
- () Permitir o sepultamento sob responsabilidade da maternidade.

Aracaju/SE, _____ de _____ de 20____

Assinatura do responsável

TESTEMUNHA:

Assinatura da testemunha

RG: _____

CPF: _____