



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente termo de responsabilidade, eu, \_\_\_\_\_, na condição de residente/visitante do Distrito Estadual de Fernando de Noronha, portadora da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, inscrita no CPF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ semanas de gestação, atesto que tenho conhecimento das condições médico-hospitalares do Distrito Estadual de Fernando de Noronha, descritas no art. 2º da **PORTARIA AG/ATDEFN Nº 063/2021**. Nestes termos, com a expressa autorização do meu médico assistente, que abaixo subscreve, declaro responsabilizar-me pelos riscos que venham a ser causados à minha saúde e à do feto, decorrente de permanência ou ingresso no Distrito Estadual de Fernando de Noronha após a 28ª semana de gestação. Por ser a expressão da verdade, firmo o presente termo de responsabilidade.

Fernando de Noronha, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura Gestante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Médico Assistente