

ANEXO A
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 202__.

Assinatura Gestante

Assinatura Médico Assistente