

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
REALIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO DOMICILIAR**

Eu abaixo qualificado, ora designado FAMÍLIA, na condição de responsável pelos procedimentos relacionados à morte do familiar igualmente qualificado abaixo, ora denominado FALECIDO, venho por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) solicitar a presença de médico particular no domicílio onde ocorreu o falecimento, para realização de consulta médica de verificação do óbito, avaliação das prováveis doenças causas da morte e esclarecimentos pertinentes (VO), para fins de emissão da Declaração de Óbito (DO).

Declaro que estou ciente de que a VO pode ser realizada SEM CUSTO pelo Estado, mas que, de forma livre e esclarecida, por interesse da FAMÍLIA, solicito a realização do ato médico no domicílio onde ocorreu a morte, com honorários médicos pagos de forma particular. Assim sendo, contratamos a actaDOCTOR para que designe um médico da sua equipe para comparecer ao local e realizar a VO. O médico designado irá iniciar a avaliação na residência onde o corpo do falecido se encontra em horário a ser agendado com a FAMÍLIA, cerca de 2 h após a contratação do serviço, contanto que já tenha decorrido o prazo legal de 6 h após o falecimento, que pode ser reduzido à critério médico, SEMPRE após o surgimento dos sinais definitivos da morte.

Estou ciente, ainda, de que a avaliação médica estará restrita às mortes naturais, sem suspeita ou evidências de causas externas (violência, trauma, intoxicação, acidente, suicídio ou que tenha relação com questionamentos e investigações policiais de qualquer causa externa, ou seja, quando a causa da morte não é por doença). Nestes casos, o exame é obrigatório e o corpo deve ser enviado ao IML para perícia. Para tanto, a avaliação policial prévia é obrigatória e a VO particular só poderá ser realizada após a ocorrência ser definida como “Morte Natural Aparente” pela autoridade responsável. Da mesma forma, sempre que o médico designado pela actaDOCTOR constatar qualquer indício de morte por causa externa, o mesmo deverá solicitar nova avaliação policial com as devidas justificativas que embasam sua análise sobre a necessidade de afastar causas externas ou violentas.

Estou ciente, ainda, de que outros trabalhos relacionados à morte do FALECIDO e que eventualmente se façam necessários, tais como laudos periciais para questões de seguro de vida, ou autópsia para esclarecimento e comprovação das causas da morte e condições médicas determinantes, assim como qualquer outra análise que necessite de outros dados além das informações incluídas na DO, NÃO fazem parte dos serviços ora consentidos, podendo ser avaliados posteriormente pela equipe da actaDOCTOR, mediante interesse e contratação pela FAMÍLIA.

Após a avaliação médica domiciliar, as prováveis causas serão esclarecidas para a FAMÍLIA e, não havendo suspeita de causa externa ou outros impedimentos legais, a DO será emitida para que a FAMÍLIA proceda ao registro do óbito e emissão da Certidão de Óbito pelo Cartório. Caso restem dúvidas quanto às doenças causadoras da morte, a família poderá discutir com o médico a necessidade de outras investigações pertinentes, que vão de testes laboratoriais, para detecção de agentes infecciosos, por exemplo, até mesmo a realização de autópsia (necropsia), que é o exame detalhado dos diversos órgãos do corpo, com a finalidade de conhecer melhor as doenças causadoras da morte e os seus efeitos, bem como para comprová-los de forma definitiva. Conhecer as doenças que provocaram a morte pode ser importante para monitorar a saúde da população, dos familiares ou da comunidade, que podem ser afetados pela mesma doença.

Uma vez que NÃO TENHO DÚVIDAS sobre o procedimento acima esclarecido, não restando dúvidas sobre o trabalho contratado junto à actaDOCTOR, de forma livre e espontânea, por ser igualmente de livre e espontânea vontade dos familiares ou pessoas legalmente habilitadas, neste ato por mim representados, SOLICITO AVALIAÇÃO MÉDICA DOMICILIAR DO ÓBITO do falecido:

Nome do falecido

---

Responsável: \_\_\_\_\_.

Parentesco: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Telefone: (61) 9 \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaração livre e assinatura de outros familiares ou testemunhas:

---

---

---

---

---

---

---