

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE DIREITO

**A RESPONSABILIDADE ORIUNDA DE ATOS MÉDICOS PERANTE OS
SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO: O DIREITO E A ÉTICA
PROFISSIONAL**

Fabricio Andrade Ferreira Girardin Pimentel

Rio de Janeiro

2007

Fabricio Andrade Ferreira Girardin Pimentel

**A RESPONSABILIDADE ORIUNDA DE ATOS MÉDICOS PERANTE OS
SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO: O DIREITO E A ÉTICA
PROFISSIONAL**

Monografia apresentada à Faculdade de Direito da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como
requisito para aprovação no Curso de Especialização
em Direito Médico.

Orientadora: Professora Doutora Rosângela Maria de Azevedo Gomes

Co-Orientador: Professor Doutor Antonio Macena de Figueiredo

Rio de Janeiro

2007

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/C

P644 Pimentel, Fabricio Andrade Ferreira Girardin
A responsabilidade oriunda de atos médicos perante os serviços notariais
e de registro : o direito e a ética profissional / Fabricio Andrade Ferreira
Girardin Pimentel. - 2007.
85 f.

Orientadora: Rosângela Maria de Azevedo Gomes.
Monografia apresentada à Faculdade de Direito da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para conclusão do Curso
de Pós-Graduação em Direito médico.

1. Responsabilidade (Direito). 2. Ética profissional. 3. Ética médica. 4.
Tabeliães - Ética profissional. I. Gomes, Rosângela Maria de Azevedo. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Direito. III. Título.

CDU 347.51

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
Monografia.

Rio de Janeiro, 20 de agosto de 2007.

Fabricio Andrade Ferreira Girardin Pimentel

A RESPONSABILIDADE ORIUNDA DE ATOS MÉDICOS PERANTE OS SERVIÇOS
NOTARIAIS E DE REGISTRO: O DIREITO E A ÉTICA PROFISSIONAL

Orientadora: Professora Doutora Rosângela Maria de Azevedo Gomes

Co-Orientador: Professor Doutor Antonio Macena de Figueiredo

Aprovado em 20 de Agosto de 2007

Banca Examinadora:

Rosângela Maria de Azevedo Gomes
Prof.^a da Faculdade de Direito da UERJ

Antônio Macena de Figueiredo
Prof. da Faculdade de Direito da UERJ

Henrique Freire de Oliveira Souza
Prof. da Faculdade de Direito da UERJ

A meus pais, Valmir e Maria Lúcia, e a minha
irmã Fabíola, por tudo o que representam em
minha vida.

AGRADECIMENTOS

A meus Orientadores, pelo estímulo e orientação, fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Aos Professores do Curso, pelo apoio e encorajamento contínuos na pesquisa.

Aos demais Mestres da Casa, pelos conhecimentos transmitidos.

À Coordenação de Pós-graduação, pelo apoio institucional.

Se existe, então, para as coisas que fazemos, algum fim que desejamos por si mesmo e tudo o mais é desejado por causa dele; e se nem toda coisa escolhermos visando à outra (porque se fosse assim, o processo se repetiria até o infinito, e inútil e vazio seria o nosso desejar), evidentemente tal fim deve ser o bem, ou melhor, o sumo bem.

Aristóteles

RESUMO

PIMENTEL, Fabricio Andrade Ferreira Girardin. **A responsabilidade oriunda de atos médicos perante os serviços notariais e de registro: o direito e a ética profissional.** 2007. 81f. Monografia (Especialização em Direito Médico) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Um ato notarial ou registral pode implicar a exigência legal de uma declaração médica, para convencimento do Tabelião acerca da capacidade mental do cidadão que pretenda outorgar poderes a um terceiro. Essa declaração médica, em todos os casos que se pretende abordar neste trabalho, deve pautar-se pela ética profissional. A prática de um ato, por parte do médico, gera efeitos no mundo jurídico através do ato notarial ou registral. O médico pode, em decorrência, ser responsabilizado. A solução do problema, como sempre se verifica em questões sociais, advirá necessariamente da própria categoria. Também aqui se aplica a regra de que prevenir é a melhor solução. Cumpre ressaltar a importância da consciência ética, a qual deve, sempre, nortear os atos do cidadão comum e, especificamente, do médico e do notário, responsáveis pela preservação da dignidade no exercício das respectivas profissões.

Palavras-Chave: ato notarial ou registral; declaração médica; ética profissional; responsabilizado; prevenir.

ABSTRACT

PIMENTEL, Fabricio Andrade Ferreira Girardin. **A responsabilidade oriunda de atos médicos perante os serviços notariais e de registro: o direito e a ética profissional.** 2007. 81f. Monografia (Especialização em Direito Médico) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

A notarial act may imply a legal registration of a medical certification of mental health to satisfy the notary public about the intellectual abilities of the citizen who intends to grant authority to another. This medical certification, in all cases discussed here, must be based on professional ethics. The action of a physician generates effects in the juridical field via the notarial act or registration. The physician may be liable to be called to account. As usual in social matters, the solution to this problem will necessarily come from the respective category. In this case, it is also effective the rule of preventing is the best solution. It is relevant to mention the importance of ethical consciousness which must always lead the acts of a common citizen and, more specifically, physicians and notary publics, who are responsible for the preservation of dignity in the practice of their respective professions.

Keywords: notarial act or registration, medical certification, professional ethics, responsible, preventing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos	14
1.2 Metodologia	15
2. DIREITO MÉDICO	17
2.1 Ética e Medicina	17
2.2 O Direito Médico	22
2.3 A responsabilidade do médico	24
3. OS SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO	28
3.1 Breve histórico	28
3.2 Evolução da matéria notarial e registral no Brasil	30
3.3 Os atos praticados pelos serviços notariais e de registro	34
4. DIREITO MÉDICO E SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO	42
4.1 A ética do profissional médico	42
4.2 A ética do profissional da atividade notarial e de registro	44
4.3 A participação obrigatória dos profissionais da área médica em atos registrais	47
4.3.1 <u>O óbito</u>	47
4.3.1.1 Causas de morte	58
4.3.1.2 Definições concernentes à vitalidade e à mortalidade neonatal	58
4.3.1.3 Definições relacionadas à mortalidade materna	59
4.3.2 <u>O nascimento</u>	62
4.4 A participação facultativa dos profissionais médicos em atos notariais	66
4.4.1 <u>Procuração</u>	67
4.4.2 <u>Testamento</u>	70
4.4.3 <u>Escritura Pública</u>	74
4.5 A responsabilidade médica nas declarações perante os Serviços Cartoriais...	77
5. CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

1. INTRODUÇÃO

Os contínuos progressos científicos, notadamente no âmbito da Medicina, vêm modificando sensivelmente o *modus operandi* do médico, que, até há algum tempo, exercia sua profissão de forma quase solitária e espiritual. Hoje, não basta a erudição. A ela deve associar-se não só o conhecimento, mas a aplicação de uma estrutura que permita ao médico valer-se dos recursos mais modernos produzidos pelas diversas tecnologias.

O médico de hoje vê-se obrigado a trocar a deontologia clássica e universal por um sistema de normas compatíveis com a realidade vigente, nem sempre ajustáveis a sua consciência e determinação. Envolvido numa espiral quase irreversível, dá-se conta de que valores tradicionalmente respeitados foram cedendo lugar a imperativos ditados pelo imediatismo, a exigir a satisfação de necessidades situadas numa ordem puramente material. Tais circunstâncias parecem ser inerentes ao mundo atual.

Mudou também o paciente. Antes, preocupado com suas obrigações; hoje, também com seus direitos. Uns começam a contestar e/ou a exigir determinadas condutas médicas; outros se valem da doença como matéria-prima da própria sobrevivência, o que pode ser comprovado até pelas notícias freqüentemente veiculadas pela mídia.

A sociedade capitalista-industrial, por sua vez, também não ficou indiferente às mudanças. Utilitarista e pragmática, embasada em parâmetros de produção e consumo, sacrifica o ser humano em sua individualidade para valorizar o coletivo, numa atitude

abertamente reducionista. Gera-se uma mentalidade tecnocrata, embriagada com os vertiginosos sucessos, em que o homem, progressivamente reduzido a uma simples coisa, vê-se colocado no interior dessa pungente realidade criada por um sistema que lhe escapa ao controle. Nesse espaço cresceu e se desenvolveu uma modalidade de medicina, em que o homem passou a ser um enfermo numa coletividade crescentemente alienada – agente e paciente de muitas patologias.

Tudo isso é permeado pela presença do risco. Há certas profissões, e a Medicina é uma delas, que, por sua natureza e circunstâncias, são agentes potenciais de danos a outrem. Pode-se afirmar com segurança que todo médico está ciente da possibilidade de ocorrência de falhas na tentativa de salvar uma vida ou de restabelecer a saúde. Mesmo o mais tímido e discreto ato médico é passível de risco. Assim ocorre com as declarações médicas.

Quando um cidadão precisa de um ato notarial ou registral, ou seja, nos momentos nos quais recorre aos serviços dos cartorários, pode esbarrar com a exigência, por determinação legal, de uma declaração médica, como nos casos do registro do assento de nascimento ou de óbito; ou do convencimento do Tabelião, por exemplo, de que o indivíduo possui capacidade e condições mentais para outorgar poderes a um terceiro.

Ocorre que a declaração médica, em todos os casos que se pretende abordar neste trabalho, implica ética profissional. O médico, em todos os casos, poderá ser responsabilizado.

Apesar de toda a legislação vigente a respeito, é notório o excesso de problemas relacionados aos atestados médicos apresentados perante os serviços notariais e de registro,

direcionando a classe jurídica para a necessidade de adoção de um amplo movimento nacional, no sentido de que mudanças urgentes e estruturais sejam aplicadas.

Ao longo da história da humanidade, a conduta moral dos profissionais médicos tem apresentado diversas feições, sem, contudo, ter conseguido resultados capazes de reduzir o uso de certas práticas quando da necessidade de apresentação de um atestado médico perante um cartório.

Tendo em vista essas circunstâncias, pretende esta pesquisa ser relevante, do ponto de vista social, pela contribuição que espera oferecer ao cidadão leigo, instrumentalizando-o para adquirir uma noção o mais exata possível quanto à responsabilidade do profissional causador de prejuízo moral ou material.

Note-se que os tribunais vêm-se mostrando atentos ao problema, apresentando diversas decisões e certa jurisprudência que aponta para a responsabilização dos profissionais da área.

Cabe, assim, refletir-se acerca da responsabilidade, em geral atribuída unicamente ao médico, pelos atos profissionais que lhe são exigidos em razão de necessidades de terceiros, correlacionadas ou não a outros saberes e áreas de atuação, bem como acerca de atitudes e procedimentos capazes de, sob os pontos de vista ético e legal, prevenir o comprometimento do exercício individual da medicina, buscando-se, sempre, soluções efetivas.

1.1 Objetivos

Objetivo geral

Propõe-se este trabalho demonstrar dados referentes à complexidade do tema, sem a pretensão de esgotá-lo, analisando o Direito e a Ética médica em atos jurídicos praticados com a interveniência médica.

Objetivos específicos

- Arrolar e comentar atos normativos que visem a orientar médicos na emissão de documentos a serem apresentados em cartório, objetivando a prevenção de atos que possam resultar em danos aos indivíduos que os solicitarem ou a terceiros;
- Analisar a antijuridicidade das condutas dolosas ou culposas praticadas por profissionais médicos, quando da prática de atos perante os serviços notariais e de registro e respectivos efeitos civis;
- Analisar formas de se coibirem atos lesivos praticados por profissionais mal preparados ou mal intencionados, no sentido da punição destes, com vistas ao bem comum e à recuperação do prestígio das profissões médica e jurídica;
- Verificar o posicionamento da doutrina acerca da eficácia das medidas de controle de fraudes perante os serviços notariais.

1.2 Metodologia

Foram utilizados dois tipos de pesquisa, a saber: a bibliográfica, constituída principalmente de artigos científicos e livros, o que permitiu a cobertura de uma gama de fenômenos expressivamente ampla, e a pesquisa documental. Embora esta última se assemelhe à bibliográfica, distingue-se por facilitar o acesso a documentos tais como: reportagens publicadas em jornais, relatórios de pesquisa e documentos oficiais, entre outros.

A intenção primeira consistiu em elucidar a questão da aplicabilidade das punições por parte dos Conselhos profissionais como forma de solucionar e/ou minimizar o grave problema da emissão indiscriminada de atestados médicos no país.

Como fonte para a pesquisa, consultou-se a Lei n.º 10.406/2002, muito significativa no que tange à responsabilização profissional.

É conveniente mencionar, como fonte de estudo e fundamentação teórica, que a elaboração deste trabalho exigiu a consulta a bibliografias de alguns doutrinadores que se dedicaram ao tema em estudo, embora apenas constem das Referências Bibliográficas, por força das normas de edição de trabalhos acadêmicos, em vigor, os que foram citados direta ou indiretamente.

Sendo a pesquisa bibliográfica a principal fonte, elegeu-se como instrumento de coleta de dados o fichamento das informações, objetivando a otimização do estudo a ser realizado. Dessa forma, por meio do registro de dados documentais necessários ao desenvolvimento e fundamentação do estudo, obteve-se uma visão mais precisa e dinâmica do tema proposto, de acordo com os diferentes olhares de diversos doutrinadores.

Após a coleta dos dados e seu registro nas fichas bibliográficas, procedeu-se à leitura crítica e interpretativa das fontes, observando-se os critérios utilizados por cada autor no que se refere à disposição dos assuntos, o que permitiu a organização e a hierarquização dos capítulos, dos itens e subitens por meio dos quais se desenvolveu o estudo e se explicitaram as idéias.

Anotações das considerações e comentários pertinentes expostos pelos autores foram acrescentados às fichas, objetivando-se estabelecer correlação entre eles e outros autores anteriormente estudados, e ainda com a legislação pesquisada. Dessa forma, foi possível desenvolver uma análise fundamentada e expor considerações pessoais.

O método escolhido para a análise dos dados foi o indutivo, ou seja, partindo de princípios particulares, o que facultou a observação dos fatos e/ou fenômenos, para chegar-se à generalização como produto.

2. DIREITO MÉDICO

2.1 Ética e Medicina

Diz-se, algumas vezes, que o moralista está preocupado apenas com o aspecto subjetivo do comportamento humano; os cientistas sociais, com os meios e os processos utilizados; os políticos, com fins e resultados. É óbvia a superficialidade dessas afirmativas. As inúmeras controvérsias no plano da Ética levantadas pelo grande desenvolvimento científico e tecnológico da Biologia, notadamente da Genética, nos últimos anos, constitui um dos exemplos de questão moral, em Ética e Medicina, que envolve não apenas um, mas todos os fatores determinantes do ajuizamento quanto ao certo e ao errado.

Capacidade e liberdade de escolha, e responsabilidade, são o próprio âmago da Ética e a condição *sine qua non* para o verdadeiro *status* moral do homem. Vários fatores podem influir em cada ato humano, em cada problema de conduta. Razões, motivos, intenções, meios, resultados, conseqüências. São, todos eles, elementos inter-relacionados em um amplo complexo de causa e efeito.

Vida, saúde e morte são, portanto, questões morais. Pode-se "fazer algo" a respeito e, conseqüentemente, é preciso decidir-se o que fazer. É este impasse angular acerca da existência humana que distingue o ser humano dos demais componentes do reino animal: o fato de o destino humano, em sua quase totalidade, ser resultante de decisão deliberada, de conduta racional, mais do que de comportamento meramente instintivo.

Toda a história do crescimento moral do homem tem-se mostrado uma contínua marcha ascendente na escala da responsabilidade – desde uma ação pré-escolhida em direção a uma ação deliberada, a partir da moralidade costumeira para uma moralidade refletida, racional, não impulsiva. Ao mover-se para além da existência bruta, o homem só contou com duas vantagens biológicas para emancipá-lo dos hábitos e limites irracionais de sua natureza: a primeira (e mais importante) é a inteligência privilegiada, que o ajuda a escolher não apenas entre os fins, mas entre os meios. A segunda, a postura ereta, que libera as mãos para o trabalho e permite ao homem erguer a cabeça – daí o nome genérico grego *anthropos*, significando "aquele que anda com a face para o céu".

O alcance da responsabilidade moral expande-se proporcionalmente aos avanços da ciência e da tecnologia, que, em ritmo crescente, vencem gradativamente as muitas etapas do projeto quase utópico de controle das doenças, de promoção da saúde, de manutenção e preservação da vida e adiamento da morte.

Toda essa incessante luta, traduzida em pesquisas, em experimentos e ações efetivas, permite que a atual geração tenha cada vez menos motivos para se tornar fatalista acerca dos episódios cruciais da existência. Entenda-se aqui *fatalismo* como a impossibilidade de controle sobre os acontecimentos, a impotência para prevenir o indesejável, tudo aquilo que se situa além da possibilidade de escolha. Da mesma forma que a inércia é o solo árido do fatalismo, o controle é a semente viçosa da liberdade e da responsabilidade, da própria ação moral, do comportamento verdadeiramente humano.

Um ato humano, seja na teoria ética, seja em teologia moral, define-se como aquele que é livre e baseado no conhecimento, e não ditado irremediavelmente pela ignorância e pela resignação. Os atos morais são mais bem servidos pela reflexão do que pelo reflexo. Assim, a qualidade ética de um ato está muito mais vinculada à razão do que à emoção.

Compreende-se, então, que a ciência, a despeito de alguns casos trágicos e equivocados, contribui decisivamente para a expansão do alcance moral e para a magnitude da vida ética. A tecnologia não somente altera a cultura; indiscutivelmente, adiciona créditos à estatura moral. E as questões do início e do fim da vida, como uma parte do cuidado médico, ilustram a regra geral.

Em qualquer discussão sobre moral e medicina, é necessário delinear-se a liberdade moral, a ação humana, em uma série de decisões sobre a vida e a morte. E isso de tal maneira que tais eventos possam tornar-se autênticas decisões, e não meras fatalidades biológicas. É preciso, no entanto, lembrar que, muitas vezes, ao se tratar de decisões que afetem a vida, a elas se associam as noções de censura e culpa, nem sempre correlacionados a um viés científico. Já a responsabilidade é um conceito legal e ético, e não empírico. Responsabilidade não constitui assunto ou fato natural e objetivo; antes, situa-se no âmbito moral e espiritual. Em suma, a responsabilidade é um fenômeno caracteristicamente humano e individual.

Deixando agora a discussão doutrinária para focalizar o nível da avaliação meramente normativa, fica claro que a importância do Capítulo III do Código de Ética Médica⁸ encontra-se explícita no próprio título, indicando tratar-se da responsabilidade profissional do médico, e não somente de sua responsabilidade legal.

A autoria da ação constitui pressuposto elementar da Ética. Só há responsabilidade moral quando se caracteriza a autoria da ação. Esse princípio desdobra-se em diversas modalidades. A principal delas é a da autonomia da vontade, a qual corresponde à espontaneidade da ação ética. A ação ética nasce de seu autor, como nasce do artista a obra de arte.

⁸ Resolução n.º 1.246, de 08 de janeiro de 1988, do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta o Código de Ética Médica.

Essencialmente, a autonomia consiste na capacidade de pensar, decidir e agir, de modo livre e independente. Na esfera da ação, é importante distinguir, por um lado, liberdade, isenção, licença, ou simplesmente fazer o que se tem vontade, e, por outro, agir autonomamente – o que também pode significar fazer o que se quer, mas com base em deliberação racional. Não é o que ocorre entre os animais, que, embora não dotados de autonomia, podem ser perfeitamente livres. A autonomia é uma categoria de liberdade, mas nem toda a liberdade é autonomia. O conceito de autonomia está, assim, necessária e obrigatoriamente ligado ao exercício daquilo que Aristóteles⁹ denominou de “atributo específico do homem” - a racionalidade.

Outra modalidade deste princípio, e que constitui a contrapartida da autoria da ação, é ser a responsabilidade ética intransferível¹⁰. Mesmo quando na ação existam vários autores, a responsabilidade ética não poderá ser dividida. Ela existe por inteiro, em relação a cada um dos que participaram da ação, sendo todos solidariamente responsáveis. Também as circunstâncias não dividem a responsabilidade. Ou são conhecidas e previsíveis, e então assumidas, ou imprevisíveis e não sabidas e, portanto, sem responsabilidade a se cogitar.

Tais questões estão disciplinadas no Código de Ética Médica, que cuida precisamente da total responsabilidade moral que o médico deve assumir como autor único de seus próprios atos, não dividindo com terceiros, nem lhes transferindo a responsabilidade. Esta será, sempre, igualmente inteira para cada um deles. Não se pode consentir numa divisão quando as circunstâncias pelas quais se quer responsabilizar a ocorrência eram razoavelmente esperadas e, ainda assim, o risco foi assumido.

⁹ ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim da versão inglesa de W. A. Pickard. São Paulo: Abril Cultural, 1973 (Col. Os Pensadores).

¹⁰ ARISTÓTELES. **Tópicos**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim, da versão inglesa de W. A. Pickard. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (Col. Os Pensadores).

O princípio geral do *primum non nocere*, fonte e inspiração da *beneficência* ou, mais precisamente, da *não maleficência*, não é, em nosso entender, um preceito ético exclusivo da Medicina, ou um princípio de exigência para a ação ética, já que poderia levar o médico até mesmo à inércia total. Trata-se, antes de mais nada, de um princípio basilar de cautela, contenção, alerta e prudência, somente compreensível como limite para a prática inspirada no princípio mais importante de servir, que obriga à ação.

O médico que nada faz jamais incidirá em erro, mas obviamente não são essas a razão e o propósito maiores da medicina, entendida como prática comprometida com a ação. Havendo-se a medicina originado, como ciência, arte e profissão, da existência prévia do próprio médico, este caracterizado como o ente que assume o encargo de cuidar (do latim *medeor*), o preceito tradicionalmente repetido do *primum non nocere* não poderia sobrepor-se ao princípio ético indiscutivelmente mais alto – o de servir. Incontestáveis são as ocasiões em que seria bem mais cômodo para o médico *primum non agere*. Entretanto, é o dever maior de intervir que o conduz a assumir riscos, nem sempre calculáveis e com a segurança que se pretende no preceito do *non nocere*. Tais circunstâncias, cada vez mais frequentes para a Medicina contemporânea, na qual aos maiores recursos correspondem maiores riscos, impõem-nos necessariamente ver naquele postulado mera cautela para a ação do médico, que não deve ultrapassar os limites da prudência, mas que ao mesmo tempo não pode e não deve rejeitar o imperativo ético da intervenção ativa.

A Ética e a responsabilidade médica têm necessariamente de mudar, crescer e se engajar constantemente em autocorreção, já que a Medicina é uma arte humana para seres humanos.

2.2 O Direito Médico

A Medicina surgiu com o aparecimento do primeiro homem e de sua necessidade de buscar a cura para os males corporais e espirituais; daí as invocações aos deuses e aos espíritos pelo homem primitivo.

Já o Direito decorreu da necessidade de defesa contra toda forma de dominação e violência humana. Tornou-se imperativo o estabelecimento de critérios e normas impositivas essenciais para a convivência e o equilíbrio sociais. Essas normas surtem efeitos não só na esfera individual como, também, no âmbito institucional, público e privado, em nível nacional e internacional.

Pode-se, então, afirmar que Direito e Medicina se complementam em suas missões precípuas e se identificam naquilo que é fundamental para ambos: a busca por uma humanidade mais justa, próspera e feliz.

No entanto, a Medicina ampliou de tal forma o conhecimento humano e se desdobrou em tantos ramos e especialidades, cada vez mais complexos, que descobertas e correspondentes aplicações ao homem não se fizeram acompanhar do concomitante e devido instrumental moral e jurídico capaz de estabelecer parâmetros próprios para se evitarem abusos contra o cidadão e os conseqüentes prejuízos.

Ainda persistem na memória da humanidade os horrores das "experiências" médicas praticadas nos campos nazistas, durante a Segunda Guerra, de certo modo transpostos para os dias atuais, em face das virtuais conseqüências da utilização da ciência e da tecnologia, tanto a favor como contra o ser humano.

Surge a necessidade de uma compreensão e discussão mais ampla dos direitos já conquistados, perante a complexidade das ciências da saúde - mormente a medicina -, que, por princípio, devem situar-se na trincheira da defesa da vida e da felicidade do homem, mas que, às vezes, provocam efeitos danosos a este e ao meio ambiente.

A sociedade brasileira necessita conhecer as normas legais existentes na área da saúde, tais como o direito de proteção contra as doenças, o direito à integridade corporal e à vida, bem como às ações obrigatórias do Estado para com a saúde de sua população. Foi a esse conjunto básico de normas que protegem o cidadão que Genival Veloso de França¹¹ denominou *Direito Médico*.

Como magistralmente leciona FRANÇA – o primeiro autor a introduzir o Direito Médico no Brasil –, essa nova área do conhecimento humano deve compreender um conjunto de normas necessárias a uma sociedade organizada, concernente às pessoas alvo da atividade médica e imposto coativamente pelo Poder Público, disciplinando não somente as profissões de saúde, mas também tudo aquilo a que estão obrigadas as pessoas e o Estado¹².

Embora já exista um razoável arsenal de leis brasileiras a amparar o direito à saúde e à vida, permanecem objeto de definição inúmeras situações, muitas vezes dramáticas, com que se defrontam, diariamente, médicos e cidadãos, dentre elas a participação, cada vez mais expressiva, de médicos como intervenientes em atos jurídicos, para confirmar ou atestar a sanidade mental do agente que pratica o ato, ou agindo diretamente o médico, nesta qualidade, na prática do ato.

¹¹ FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 6 ed., 3.^a tiragem. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998.

¹² Id.

Estes são alguns dos inúmeros problemas e dilemas confrontados na prática dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, que necessitam, permanentemente, de conhecimentos sobre as normas do Direito.

2.3 A responsabilidade do médico

No Brasil, a responsabilidade civil pode ser assim definida: aquele que causar dano a outrem deve ressarcir-lo pelos consequentes prejuízos. A responsabilidade civil do médico advém, ainda, dessa disposição existente em nosso ordenamento jurídico. Deve, pois, ser indenizado, caso postule em juízo, aquele que, submetido a ato de um médico, venha, por causa desse tratamento, a sofrer um prejuízo, seja de ordem material ou imaterial – patrimonial ou não patrimonial.

Para o entendimento do mecanismo jurídico da necessidade dessa indenização, a que pode o médico, judicialmente, ser compelido, há que se analisarem conceituações utilizadas como base, no manejo dessa situação jurídica que se estabelece entre o médico e o paciente lesado. Os primeiros conceitos são os de responsabilidade subjetiva e responsabilidade objetiva. Após, os de relação contratual e relação extracontratual. Em terceiro lugar, os conceitos de obrigação de meios e obrigação de resultado.

Caracteriza-se a responsabilidade subjetiva (teoria da culpa) como aquela em que, além de estarem presentes o ato lesivo do agente causador da lesão e o dano decorrente ao lesado, evidencia-se o nexos causal entre ambos os fatos, apontando para a culpa do agente causador do dano. Essa culpa está explícita na presença do dolo, no agir doloso, ou pela presença só de culpa no sentido estrito, ou seja, de imprudência, de negligência ou de imperícia. A responsabilidade é objetiva quando se encontram presentes o ato lesivo, o dano ao lesado e o nexos de causalidade entre este e aquele. Nas duas situações não há que

se falar em culpa para se caracterizar a necessidade de indenização ao lesado pelos prejuízos, de qualquer ordem, que porventura tenha sofrido. A presença de culpa no agir do causador do dano, cumpre enfatizar, é dispensável para se caracterizar, juridicamente, a necessidade de indenização ao lesado pelos prejuízos de que tenha sido vítima.

A relação contratual é a que se estabelece entre as partes, baseada na autonomia da vontade de ambas. Decorre de uma convenção entre as partes, tornando-se lei entre elas aquilo que for acordado. Já a relação extracontratual se estabelece entre as partes em decorrência de disposições legais presentes no ordenamento pátrio. Independe da vontade das partes, uma vez que se rege por dispositivos que vigoram *erga omnis*.

A obrigação de meios é aquela em que o contratado não se compromete com um objetivo específico, determinado, obrigando-se a utilizar, no cumprimento da obrigação assumida com o contratante, toda a diligência e prudência, de acordo com as técnicas usuais no momento, para o procedimento pelo qual se comprometeu. A obrigação de resultado é, pelo contrário, aquela em que há um compromisso do contratado com um resultado específico, determinado, um objetivo delimitado para satisfazer ao que se obrigou frente ao contratante. Quando não atinge esse resultado predeterminado, presume-se que o contratado agiu com culpa. Há presunção de culpa. Quando se trata de obrigações de meio, o ônus da prova cabe ao que acusa (o que constitui regra geral no ordenamento jurídico pátrio). Nas situações em que se configurarem obrigações de resultado, devido à presunção de culpa, haverá inversão do ônus da prova, cabendo ao acusado provar a inverdade do que lhe é imputado.

No Direito brasileiro, a doutrina e a jurisprudência são unânimes em estabelecer que a atividade médica é regida pela responsabilidade subjetiva. Mais recentemente, o Código

de Defesa do Consumidor¹³ repetiu esse entendimento ao estabelecer, no parágrafo 4º do artigo 14: "A responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa".

A responsabilização do médico, em regra, decorre do vínculo que se estabelece entre este e o paciente. Esse vínculo, que predomina na doutrina e na jurisprudência, caracteriza um contrato – uma relação contratual. Há poucas vozes em contrário. Pode-se caracterizar uma relação extracontratual com o paciente, em casos, por exemplo, de atendimento de emergência ou, até mesmo, de atendimento a um paciente já encontrado em estado de inconsciência, quando do primeiro contato com o médico. No caso da relação contratual, o contrato que se estabelece entre o médico e o paciente não encontra uma colocação definida dentro dos contratos típicos – nominados. Pode-se considerá-lo um contrato atípico, inominado, já que se trata de serviço intelectual, com características especiais, até de aleatoriedade, visto não se quantificar com precisão o seu objetivo – obrigação de meios que é. Trata-se de um contrato livre, tácito quase sempre, até porque geralmente não é feito por escrito. Celebra-se esse contrato pela simples comunhão de vontades entre as partes – médico e paciente –, daí a sua informalidade, na maior parte das vezes.

Em alguns dos casos que se pretende aqui abordar, haverá a configuração de responsabilidade médica, como por exemplo no caso em que, para lavrar uma procuração num cartório de notas, o Tabelião, nos termos do artigo 7º, Parágrafo Único, da Lei Federal n.º 8.935/1994¹⁴, exige do interessado um atestado médico de sanidade mental. Tal exigência explica-se pelo fato de que uma simples procuração pode dar origem a negócios jurídicos de grande vulto, sendo que, muitas vezes, o Tabelião não está convencido da

¹³ Código de Defesa do Consumidor – Lei Federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990.

¹⁴ Lei Federal n.º 8.935, de 18 de novembro de 1994.

sanidade do requerente. Para isso, exige o Tabelião que o interessado apresente um laudo, no qual o profissional médico deverá analisar a sanidade mental e a lucidez do indivíduo.

Vale lembrar que a responsabilidade civil é autônoma da criminal. Obviamente, em caso de crime, ou seja, quando a sanidade mental de um paciente é falsamente atestada com vistas à obtenção de qualquer vantagem ou com a intenção de causar prejuízo a outrem, o médico deverá ser tratado com os rigores da lei.

Já em relação à responsabilidade civil, vale lembrar que constitui dever do médico agir com diligência e prudência, dentro da *lex artis*, para que tenha adimplido com aquilo pelo qual se obrigou. Ou seja: deve atuar dentro da melhor técnica compatível ("estado da arte"), com o local e o tempo do atendimento que realizar. Médico e paciente são, pois, sujeitos de uma relação jurídica – um contrato cujo objeto, via de regra, é uma obrigação de meios. Essa relação médico-paciente, em caso de necessidade de indenização, em juízo, pelo médico ao paciente, motivada por prejuízo que este porventura venha a sofrer decorrente do atendimento que lhe foi prestado, é regida pelos conceitos jurídicos da responsabilidade subjetiva (teoria da culpa).

Pretende-se ainda abordar a responsabilidade do médico enquanto agente público, nos atos para os quais sua declaração ou certificação seja imprescindível à prática do ato registral, como por exemplo o assento ou registro de nascimento ou óbito.

Uma declaração médica que não corresponda à realidade ensejará um ato notarial ou registral que, por sua vez, ensejará efeitos no mundo jurídico, com repercussões na esfera patrimonial, inclusive. Daí a importância de estudos quanto à exata responsabilidade do médico e os resultados finais de seu ato.

3. OS SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO

3.1 Breve histórico

Já em 1305, em Portugal, quando da instituição do Regimento dos Tabeliães¹⁵ pelo Rei D. Diniz, observava-se a necessidade de organização dos serviços notariais e de registro para que a vida em sociedade fosse pautada pela segurança e eficiência das relações jurídicas em um reino em processo de consolidação e início de expansão.

No entanto, os aspectos históricos referentes aos serviços notariais e de registro são mais antigos, remontando aos primórdios da civilização. Na Mesopotâmia há indícios de procedimentos voltados à publicidade registral, bem antes do Código de Hamurábi¹⁶ (c. 1700 a.C.). Há informações acerca de contratos de transmissão imobiliária lavrados por escribas (notários) em tabuletas de argila, entregues aos compradores em um recipiente em cuja tampa constava a correspondente inscrição; desses contratos geralmente cópias eram guardadas por autoridades públicas (registros públicos).

Uma forma bem sofisticada de publicidade registral existiu no antigo Egito. Denominados “katagrafe”, os registros foram organizados na época ptolomaica (por volta do século III a.C.) para formalizar contratos e cobrança de impostos. Já naquela época, os notários (redatores dos contratos) eram obrigados a exigir certidões dos “terminai” (responsáveis pelos registros) para realizar qualquer ato de disposição de imóveis.

¹⁵ LEAL, Maria José da Silva. Regimento dos Tabeliães (Ordenação de D. Diniz, de 1305). In **Os cartórios notariais do séc. XVII existentes no Arquivo Nacional da Torre do Tombo** (Lisboa): nova história. Lisboa: Arquivo Nacional, 1985.

¹⁶ SIDOU, J. M. Othon. O Código de Hamurabi. In **A revisão judicial dos contratos e outra figuras jurídicas**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

O mais antigo registro egípcio conhecido data de 185 a.C. Na praxe egípcia se encontravam a escritura, o cadastro, o registro e o imposto de transmissão, sendo exigência da lei que os contratos fossem depositados no conservador dos contratos.

Na Grécia antiga havia os “mnemons” e os “hieromnemons”, cujas funções correspondiam, respectivamente, às dos notários e às dos arquivistas. Na Ática, marcos hipotecários eram colocados em prédios, como forma de se dar publicidade do encargo. Em Rodes, por seu turno, nenhuma transmissão imobiliária era válida sem antes estar inscrita nos registros da cidade. Alguns autores chegam a identificar nos funcionários responsáveis pelos registros gregos a função qualificadora, que consistia no exame prévio do contrato, antes de sua admissão para efeito de registro.

A publicidade registral estava de tal modo enraizada na cultura jurídica grega que era estipulada nas convenções e tratados internacionais, como no primeiro tratado entre cartagineses e romanos: garantia-se a dívida dos comerciantes de passagem, nas operações realizadas diante do registrador¹⁷.

Na Idade Média são também dignos de nota os ostrogodos, que, sob o reinado de Teodorico, conferiram à atividade notarial e registral a devida importância, antecipando assim a verdadeira função dessa atividade: a preservação da paz social. O ministro Cassiodoro (*formula notarium e formula referendariorum*, in *Edicta regum ostrogothorum*) sintetizou: “Os juízes decidem as lides; os notários evitam as lides, prevenindo-as por atos contra os quais não haja reclamação”.

Carlos Magno, no século VIII, determinou que se instituíssem notários em cada lugar e que bispos e condes tivessem seus próprios notários. Na Alemanha, no século VII, já se tem notícia de mosteiros e igrejas que mantinham livros de registros de propriedades imobiliárias – os ascendentes de nossos registros paroquiais.

¹⁷ PIMENTEL, Fabricio A.F. G. Registro de Títulos e Documentos: aspectos históricos e pontos contemporâneos relevantes. In GOMES NETTO, André et al. **Direito Notarial e Registral**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

3.2 Evolução da matéria notarial e registral no Brasil

Conforme sintetizado, desde o estabelecimento da vida em sociedade houve a necessidade da formalização das relações jurídicas, comerciais ou não, translativas de domínio, entre outras, o que implicou o destacamento de profissionais para o exercício das funções notarial e registral. Esses profissionais foram sendo investidos de parcela da fé pública estatal para que pudessem desempenhar suas funções com a chancela do poder delegante.

No Brasil Colonial, procedia-se ao provimento dos cargos relativos ao que hoje se conhece como serviços notariais e de registro, por meio de nomeação direta pelo soberano português, bem assim os demais cargos da administração judiciária.

No Brasil Império observa-se uma especialização maior das funções notariais, com a organização das comarcas judiciárias e das circunscrições; no entanto, dada a íntima relação entre o Estado e a Igreja, diversas atribuições registrais, como os registros de pessoas naturais e de imóveis, eram praticados diretamente pelos párocos locais.

Com a proclamação da República e a conseqüente laicização do estado brasileiro, iniciou-se um processo de institucionalização dos serviços notariais e de registro, com a formalização e criação de diversas Serventias, que podem ser consideradas como as antecessoras dos atuais serviços notariais e de registro. Na maior parte dos Estados brasileiros, no entanto, os serviços acumulavam funções judiciais (escrivinhas processantes) e extrajudiciais (registrais e/ou notariais), fato que só seria definitivamente

organizado após a Constituição da República¹⁸, de 1988, quando foi determinada a cisão definitiva entre os serviços judiciais e extrajudiciais.

Como grande mudança, foi consolidada a feição privada da função notarial e/ou registral e a necessidade de concurso público para assunção da respectiva delegação. Apesar da íntima ligação com o ente estatal, em especial o Poder Judiciário, observou o Constituinte a necessidade de que o serviço extrajudicial adquirisse o dinamismo típico da iniciativa privada, tendo em vista que, para regulamentar e formalizar relações privadas, nada melhor do que um serviço notarial e registral privatizado, aparelhado para acompanhar as várias facetas e rápidas transformações do mercado. Dessa forma, o Constituinte houve por bem criar um sistema híbrido: a delegação do poder público a pessoas físicas, através de concurso público, para exercerem a função de forma privada, sob a fiscalização e orientação do Poder Judiciário. Procurou o Constituinte, dessa forma, flexibilizar o exercício da atividade, de forma que a administração do Serviço ficasse sob a inteira responsabilidade do titular da delegação.

Com base na orientação do artigo 236, da Constituição da República, foi criado um sistema jurídico notarial e registral formado pelo advento de novas regras e pela recepção de regras anteriores a 1988. Dentre as leis do sistema, destacam-se as Leis federais n.^{os} 6.015/1973¹⁹; 8.935, de 18 de novembro de 1994, e 10.169, de 29 de dezembro de 2000, em cuja órbita gira a maior parte dos diplomas legais e regulamentares componentes do sistema.

¹⁸ Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

¹⁹ Lei Federal n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973.

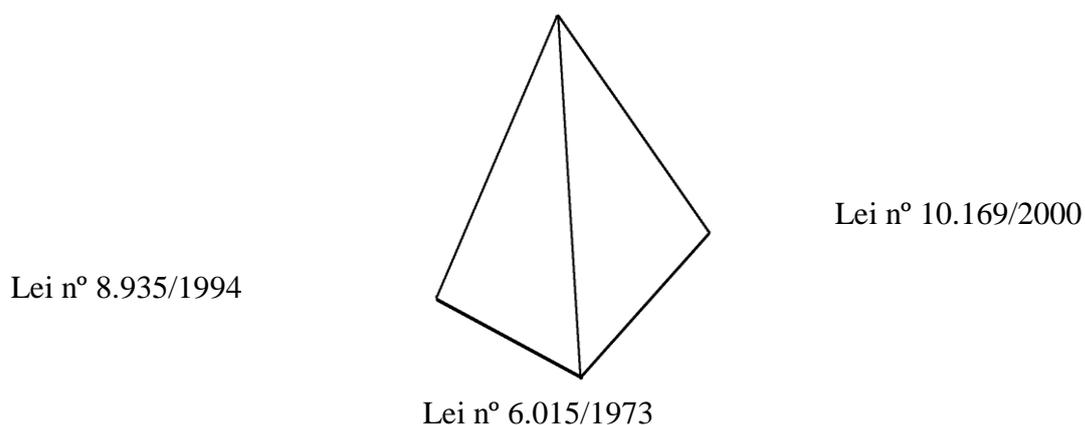
A Lei n.º 6.015/1973 é a lei geral em matéria de Registros Públicos: dita normas e procedimentos a serem observados em todo o país pelos Oficiais Delegados.

A Lei n.º 8.935/1994 é considerada o Estatuto ou lei orgânica dos Oficiais Registradores e do Notariado nacional, pois regula direitos, prerrogativas e obrigações dos profissionais do setor, além da prever infrações e punições. Seu grande mérito é a regulamentação dos concursos públicos de ingresso nas atividades notariais e de registro.

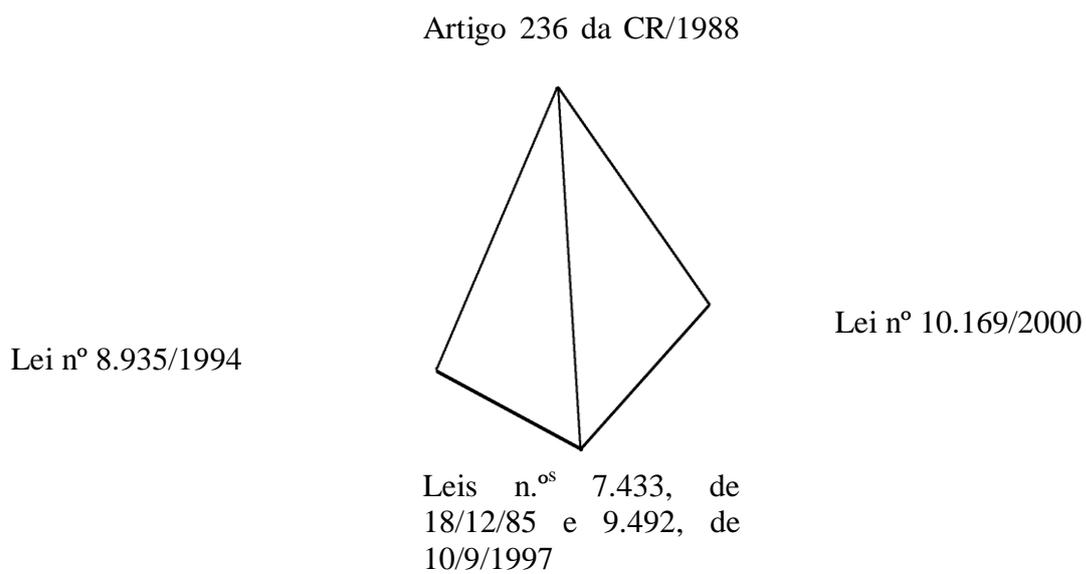
A Lei n.º 10.169, de 29 de dezembro de 2000, estipula as regras gerais, válidas, portanto, para os Estados e o Distrito Federal, sobre os emolumentos a serem pagos em contrapartida aos serviços realizados pelos delegatários notariais e de registro. Tais regras devem ser observadas quando da edição de leis locais sobre emolumentos.

As três referidas leis formam, juntamente com a Constituição da República, a pirâmide com base triangular, representativa do sistema registral nacional, tendo no ápice o artigo 236 da Constituição e os três diplomas legais citados cada qual em um dos seus vértices inferiores.

Artigo 236 da CR/1988



Vale destacar, todavia, que, no campo notarial, que engloba as Serventias de Notas e de Protesto de Títulos, as leis constitutivas do sistema notarial nacional devem ser incluídas na base da pirâmide em substituição à Lei de Registros Públicos, ficando a pirâmide com a seguinte configuração:



3.3 Os atos praticados pelos Serviços Notariais e de Registro

Nos termos das Leis Federais n.ºs 6.015/1973 e 8.935/1994, são os seguintes os atos praticados pelos Serviços Notariais e de Registro:

Lei n.º 6.015/73:

Art. 29. Serão registrados no registro civil de pessoas naturais:

- I - os nascimentos;
- II - os casamentos;
- III - os óbitos;
- IV - as emancipações;
- V - as interdições;
- VI - as sentenças declaratórias de ausência;
- VII - as opções de nacionalidade;
- VIII - as sentenças que deferirem a legitimação adotiva.

§ 1º Serão averbados:

- a) as sentenças que decidirem a nulidade ou anulação do casamento, o desquite e o restabelecimento da sociedade conjugal;
- b) as sentenças que julgarem ilegítimos os filhos concebidos na constância do casamento e as que declararem a filiação legítima;
- c) os casamentos de que resultar a legitimação de filhos havidos ou concebidos anteriormente;
- d) os atos judiciais ou extrajudiciais de reconhecimento de filhos ilegítimos;
- e) as escrituras de adoção e os atos que a dissolverem;
- f) as alterações ou abreviaturas de nomes.

.....

Art. 114. No Registro Civil de Pessoas Jurídicas serão inscritos (Renumerado do art. 115 pela Lei n.º 6.216, de 1975):

I - os contratos, os atos constitutivos, o estatuto ou compromissos das sociedades civis, religiosas, pias, morais, científicas ou literárias, bem como o das fundações e das associações de utilidade pública;

II - as sociedades civis que revestirem as formas estabelecidas nas leis comerciais, salvo as anônimas.

III - os atos constitutivos e os estatutos dos partidos políticos. (Incluído pela Lei n.º 9.096, de 1995)

.....

Art. 127. No Registro de Títulos e Documentos será feita a transcrição (Renumerado do art. 128 pela Lei n.º 6.216, de 1975):

I - dos instrumentos particulares, para a prova das obrigações convencionais de qualquer valor;

II - do penhor comum sobre coisas móveis;

III - da caução de títulos de crédito pessoal e da dívida pública federal, estadual ou municipal, ou de Bolsa ao portador;

IV - do contrato de penhor de animais, não compreendido nas disposições do art. 10 da Lei n.º 492, de 30-8-1934;

V - do contrato de parceria agrícola ou pecuária;

VI - do mandado judicial de renovação do contrato de arrendamento para sua vigência, quer entre as partes contratantes, quer em face de terceiros (art. 19, § 2º do Decreto n.º 24.150, de 20-4-1934);

VII - facultativo, de quaisquer documentos, para sua conservação.

Parágrafo único. Caberá ao Registro de Títulos e Documentos a realização de quaisquer registros não atribuídos expressamente a outro ofício.

Art. 128. À margem dos respectivos registros, serão averbadas quaisquer ocorrências que os alterem, quer em relação às obrigações, quer em atinência às pessoas que nos atos figurarem, inclusive quanto à prorrogação dos prazos. (Renumerado do art. 129 pela Lei n.º 6.216, de 1975)

Art. 129. Estão sujeitos a registro, no Registro de Títulos e Documentos, para surtir efeitos em relação a terceiros (Renumerado do art. 130 pela Lei n.º 6.216, de 1975):

1º) os contratos de locação de prédios, sem prejuízo do disposto do artigo 167, I, n.º 3;

2º) os documentos decorrentes de depósitos, ou de cauções feitos em garantia de cumprimento de obrigações contratuais, ainda que em separado dos respectivos instrumentos;

3º) as cartas de fiança, em geral, feitas por instrumento particular, seja qual for a natureza do compromisso por elas abonado;

4º) os contratos de locação de serviços não atribuídos a outras repartições;

5º) os contratos de compra e venda em prestações, com reserva de domínio ou não, qualquer que seja a forma de que se revistam, os de alienação ou de promessas de venda referentes a bens móveis e os de alienação fiduciária;

6º) todos os documentos de procedência estrangeira, acompanhados das respectivas traduções, para produzirem efeitos em repartições da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios ou em qualquer instância, juízo ou tribunal;

7º) as quitações, recibos e contratos de compra e venda de automóveis, bem como o penhor destes, qualquer que seja a forma que revistam;

8º) os atos administrativos expedidos para cumprimento de decisões judiciais, sem trânsito em julgado, pelas quais for determinada a entrega, pelas alfândegas e mesas de renda, de bens e mercadorias procedentes do exterior.

9º) os instrumentos de cessão de direitos e de créditos, de sub-rogação e de dação em pagamento.

Art. 167 - No Registro de Imóveis, além da matrícula, serão feitos (Renumerado do art. 168 com nova redação pela Lei n.º 6.216, de 1975):

I - o registro: (Redação dada pela Lei n.º 6.216, de 1975)

1) da instituição de bem de família;

2) das hipotecas legais, judiciais e convencionais;

3) dos contratos de locação de prédios, nos quais tenha sido consignada cláusula de vigência no caso de alienação da coisa locada;

4) do penhor de máquinas e de aparelhos utilizados na indústria, instalados e em funcionamento, com os respectivos pertences ou sem eles;

5) das penhoras, arrestos e seqüestros de imóveis;

6) das servidões em geral;

7) do usufruto e do uso sobre imóveis e da habitação, quando não resultarem do direito de família;

8) das rendas constituídas sobre imóveis ou a eles vinculadas por disposição de última vontade;

9) dos contratos de compromisso de compra e venda de cessão deste e de promessa de cessão, com ou sem cláusula de arrependimento, que tenham por objeto imóveis não loteados e cujo preço tenha sido pago no ato de sua celebração, ou deva sê-lo a prazo, de uma só vez ou em prestações;

10) da enfiteuse;

11) da anticrese;

- 12) das convenções antenupciais;
- 13) das cédulas de crédito rural;
- 14) das cédulas de crédito, industrial;
- 15) dos contratos de penhor rural;
- 16) dos empréstimos por obrigações ao portador ou debêntures, inclusive as conversíveis em ações;
- 17) das incorporações, instituições e convenções de condomínio;
- 18) dos contratos de promessa de venda, cessão ou promessa de cessão de unidades autônomas condominiais a que alude a Lei n.º 4.591, de 16 de dezembro de 1964, quando a incorporação ou a instituição de condomínio se formalizar na vigência desta Lei;
- 19) dos loteamentos urbanos e rurais;
- 20) dos contratos de promessa de compra e venda de terrenos loteados em conformidade com o Decreto-lei n.º 58, de 10 de dezembro de 1937, e respectiva cessão e promessa de cessão, quando o loteamento se formalizar na vigência desta Lei;
- 21) das citações de ações reais ou pessoais reipersecutórias, relativas a imóveis;
- ~~22) das sentenças de desquite e de nulidade ou anulação de casamento, quando, nas respectivas partilhas, existirem imóveis ou direitos reais sujeitos a registro; (Revogado pela Lei n.º 6.850, de 1980)~~
- 23) dos julgados e atos jurídicos entre vivos que dividirem imóveis ou os demarcarem inclusive nos casos de incorporação que resultarem em constituição de condomínio e atribuírem uma ou mais unidades aos incorporadores;
- 24) das sentenças que nos inventários, arrolamentos e partilhas, adjudicarem bens de raiz em pagamento das dívidas da herança;
- 25) dos atos de entrega de legados de imóveis, dos formais de partilha e das sentenças de adjudicação em inventário ou arrolamento quando não houver partilha;
- 26) da arrematação e da adjudicação em hasta pública;
- 27) do dote;
- ~~28) das sentenças declaratórias de usucapião;~~
- 28) das sentenças declaratórias de usucapião, independente da regularidade do parcelamento do solo ou da edificação (Redação dada pela Lei n.º 10.257, de 2001) (Vide Medida Provisória n.º 2.220, de 2001);
- 29) da compra e venda pura e da condicional;

- 30) da permuta;
- 31) da dação em pagamento;
- 32) da transferência, de imóvel a sociedade, quando integrar quota social;
- 33) da doação entre vivos;
- 34) da desapropriação amigável e das sentenças que, em processo de desapropriação, fixarem o valor da indenização;
- 35) da alienação fiduciária em garantia de coisa imóvel (Incluído pela Lei n.º 9.514, de 1997);
- 36) da imissão provisória na posse, e respectiva cessão e promessa de cessão, quando concedido à União, Estados, Distrito Federal, Municípios ou suas entidades delegadas, para a execução de parcelamento popular, com finalidade urbana, destinado às classes de menor renda (Incluído pela Lei n.º 9.785, de 1999);
- 37) dos termos administrativos ou das sentenças declaratórias da concessão de uso especial para fins de moradia, independente da regularidade do parcelamento do solo ou da edificação (Incluído pela Lei n.º 10.257, de 2001) (Vide Medida Provisória n.º 2.220, de 2001);
- 38) (VETADO) (Incluído pela Lei n.º 10.257, de 2001)
- 39) da constituição do direito de superfície de imóvel urbano (Incluído pela Lei n.º 10.257, de 2001);
- 40) (Vide Medida Provisória n.º 2.220, de 2001)

II - a averbação (Redação dada pela Lei n.º 6.216, de 1975):

- 1) das convenções antenupciais e do regime de bens diversos do legal, nos registros referentes a imóveis ou a direitos reais pertencentes a qualquer dos cônjuges, inclusive os adquiridos posteriormente ao casamento;
- 2) por cancelamento, da extinção dos ônus e direitos reais;
- 3) dos contratos de promessa de compra e venda, das cessões e das promessas de cessão a que alude o Decreto-lei n.º 58, de 10 de dezembro de 1937, quando o loteamento se tiver formalizado anteriormente à vigência desta Lei;
- 4) da mudança de denominação e de numeração dos prédios, da edificação, da reconstrução, da demolição, do desmembramento e do loteamento de imóveis;
- 5) da alteração do nome por casamento ou por desquite, ou, ainda, de outras circunstâncias que, de qualquer modo, tenham influência no registro ou nas pessoas nele interessadas;
- 6) dos atos pertinentes a unidades autônomas condominiais a que alude a Lei n.º 4.591, de 16 de dezembro de 1964, quando a incorporação tiver sido formalizada anteriormente à vigência desta Lei;

- 7) das cédulas hipotecárias;
- 8) da caução e da cessão fiduciária de direitos relativos a imóveis;
- 9) das sentenças de separação de dote;
- 10) do restabelecimento da sociedade conjugal;
- 11) das cláusulas de inalienabilidade, impenhorabilidade e incomunicabilidade impostas a imóveis, bem como da constituição de fideicomisso;
- 12) das decisões, recursos e seus efeitos, que tenham por objeto atos ou títulos registrados ou averbados;
- 13) " *ex officio* ", dos nomes dos logradouros, decretados pelo poder público;
- 14) das sentenças de separação judicial, de divórcio e de nulidade ou anulação de casamento, quando nas respectivas partilhas existirem imóveis ou direitos reais sujeitos a registro (Incluído pela Lei n.º 6.850, de 1980);
- 15 - da re-ratificação do contrato de mútuo com pacto adjeto de hipoteca em favor de entidade integrante do Sistema Financeiro da Habitação, ainda que importando elevação da dívida, desde que mantidas as mesmas partes e que inexistia outra hipoteca registrada em favor de terceiros (Incluído pela Lei n.º 6.941, de 1981);
- 16) do contrato de locação, para os fins de exercício de direito de preferência (Incluído pela Lei n.º 8.245, de 1991);
- 17) do Termo de Securitização de créditos imobiliários, quando submetidos a regime fiduciário (Incluído pela Lei n.º 9.514, de 1997);
- 18) da notificação para parcelamento, edificação ou utilização compulsórios de imóvel urbano (Incluído pela Lei n.º 10.257, de 2001);
- 19) da extinção da concessão de uso especial para fins de moradia (Incluído pela Lei n.º 10.257, de 2001);
- 20) da extinção do direito de superfície do imóvel urbano (Incluído pela Lei n.º 10.257, de 2001);
- 21) da cessão de crédito imobiliário (Incluído pela Lei n.º 10.931, de 2004);
- 22) da reserva legal (Incluído pela Lei n.º 11.284, de 2006);
- 23) da servidão ambiental (Incluído pela Lei n.º 11.284, de 2006)

Lei n.º 8.935/1994:

Art. 6º Aos notários compete:

- I - formalizar juridicamente a vontade das partes;

II - intervir nos atos e negócios jurídicos a que as partes devam ou queiram dar forma legal ou autenticidade, autorizando a redação ou redigindo os instrumentos adequados, conservando os originais e expedindo cópias fidedignas de seu conteúdo;

III - autenticar fatos.

Art. 7º Aos tabeliães de notas compete com exclusividade:

I - lavrar escrituras e procurações, públicas;

II - lavrar testamentos públicos e aprovar os cerrados;

III - lavrar atas notariais;

IV - reconhecer firmas;

V - autenticar cópias.

.....

Art. 10. Aos tabeliães e oficiais de registro de contratos marítimos compete:

I - lavrar os atos, contratos e instrumentos relativos a transações de embarcações a que as partes devam ou queiram dar forma legal de escritura pública;

II - registrar os documentos da mesma natureza;

III - reconhecer firmas em documentos destinados a fins de direito marítimo;

IV - expedir traslados e certidões.

Art. 11. Aos tabeliães de protesto de título compete privativamente:

I - protocolar de imediato os documentos de dívida, para prova do descumprimento da obrigação;

II - intimar os devedores dos títulos para aceitá-los, devolvê-los ou pagá-los, sob pena de protesto;

III - receber o pagamento dos títulos protocolizados, dando quitação;

IV - lavrar o protesto, registrando o ato em livro próprio, em microfilme ou sob outra forma de documentação;

V - acatar o pedido de desistência do protesto formulado pelo apresentante;

VI - averbar:

a) o cancelamento do protesto;

b) as alterações necessárias para atualização dos registros efetuados;

VII - expedir certidões de atos e documentos que constem de seus registros e papéis.

Parágrafo único. Havendo mais de um tabelião de protestos na mesma localidade, será obrigatória a prévia distribuição dos títulos.

SEÇÃO III

Das Atribuições e Competências dos Oficiais de Registros

Art. 12. Aos oficiais de registro de imóveis, de títulos e documentos e civis das pessoas jurídicas, civis das pessoas naturais e de interdições e tutelas compete a prática dos atos relacionados na legislação pertinente aos registros públicos, de que são incumbidos, independentemente de prévia distribuição, mas sujeitos os oficiais de registro de imóveis e civis das pessoas naturais às normas que definirem as circunscrições geográficas.

Art. 13. Aos oficiais de registro de distribuição compete privativamente:

I - quando previamente exigida, proceder à distribuição equitativa pelos serviços da mesma natureza, registrando os atos praticados; em caso contrário, registrar as comunicações recebidas dos órgãos e serviços competentes;

II - efetuar as averbações e os cancelamentos de sua competência;

III - expedir certidões de atos e documentos que constem de seus registros e papéis.

Ocorre que, para a prática de muitos atos – tais como procurações, testamentos, escrituras públicas, nascimentos e óbitos –, subsiste a necessidade de participação, direta ou indireta, do profissional médico.

Será direta a participação do médico nos casos de assento de nascimento ou óbito, em virtude da necessidade de declaração de nascido vivo (DNV) ou de óbito (DO), expedida por um médico, para que o ato registral seja lavrado.

Será indireta a participação do médico nos casos em que a declaração deste, quando exigida pelo Tabelião na hipótese do artigo 7º, Parágrafo Único, da Lei n.º 8.935/1994, servir de convencimento para que o profissional notarial lavre o ato, qual seja, escritura, procuração ou testamento.

De um modo ou de outro, a prática de um ato, por parte do médico, gera efeitos no mundo jurídico através do ato notarial ou registral. O médico pode, em decorrência, ser responsabilizado nos casos de dolo ou culpa.

4. DIREITO MÉDICO E SERVIÇOS NOTARIAIS E DE REGISTRO

4.1 A ética do profissional médico

O princípio da solidariedade, originariamente, manifestou-se de forma instintiva, para a segurança do grupo de homínídeos contra os animais ferozes. Acredita-se que o cuidado físico entre semelhantes representava um estágio mais elevado, menos instintivo do exercício efetivo da solidariedade. A ética constitui-se no princípio e fim da própria vida, na medida em que se torna o próprio sentido da existência, a razão essencial de ser e haver, o motivo pelo qual a existência se relaciona com o todo, pelo qual se transforma e por sua vez transforma o próprio meio como agente e sujeito dessa mudança.

A ética vem a ser, sob este prisma interessante, o tecido conjuntivo, ou o plasma germinativo da conduta que oferece o sentido benemerente da ação e preenche os vazios do conhecimento aplicado à medicina, além de resguardar o bem maior da vida, acima da própria vontade humana. A medicina, então, vem a ser a ética na sua expressão de cuidado com o semelhante, tornando-se uma das possibilidades éticas de zelo com a espécie e com o próprio indivíduo.

O que significa, afinal, a ética senão um conjunto de princípios que, sob a forma de idéia, ação ou sentimentos, traduz a necessidade da preservação ou aprimoramento da espécie? Pode-se considerar a Ética como o sistema imunológico da espécie, que a defende e preserva.

Como ciência normativa ou como esforço intelectual para interpretação da conduta humana, a Ética surge na Grécia, com os filósofos do Iluminismo helênico, empenhados no estudo do comportamento humano e na origem do universo, mas ganha corpo na medicina com Hipócrates, que transpõe os princípios universais da conduta humana para a prática da medicina¹³. Aí ocorre o lançamento oficial da Ética na prática da medicina, quando o princípio da bondade, da discrição, da justiça, do respeito, do conhecimento universal se introduz no exercício efetivo do ofício de curar.

A filosofia grega proclama os princípios mais nobres da medicina. Hipócrates se apressa em transportá-los, em primeiríssima mão, para balizar o ato médico. Talvez, após a casta dos pensadores gregos, não-médicos, caiba ao médico, em segundo lugar, o privilégio do preceito ético no exercício profissional.

A profissão médica tem como origem remota a função tribal do curandeiro, do sacerdote visto como líder religioso. E nada mais justo do que oferecer ao sacerdote o privilégio de curar a doença e remir a "culpa" do pecado, num período em que a enfermidade era considerada como castigo pela violação da vontade de Deus. O sacerdote, nesse caso, ou líder espiritual da comunidade primitiva, traz como paradigma de conduta a virtude suprema, em que os preceitos éticos se cristalizam na figura do Supremo Criador. O homem, portanto, criado à Sua imagem e semelhança, deve buscar a perfeição ou a aproximação com o modelo teocêntrico. Não importa se a vida é um bem sagrado como expressão genuína do patrimônio divino; importa saber que é irreprodutível na forma, embora perene na essência.

A ética, como ciência normativa do certo e do errado no comportamento humano, torna-se quase indissociável da religião, com a qual se confunde nas origens remotas, tal

¹³ CAIRUS, H. F.; RIBEIRO Jr., W. A. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005

como representa um capítulo da filosofia aberto para a reflexão sobre o sentido da conduta e da existência humanas.

Ora, a medicina, como ciência voltada para a promoção e preservação do bem supremo que é a saúde, não poderia deixar de estar impregnada pelo fluido substantivo do plasma ético, e, como disse, sob tutela e resguardo da ética. O dom da cura como atributo reservado aos deuses passa às mãos do homem como um direito adquirido pelos sacerdotes e um dever assumido pelos mortais. A moralidade, percebida como acervo de normas habituais de condutas num determinado tempo e lugar, oferece aos médicos um breviário de condutas e posturas materializado no Código de Ética¹⁴. Ética e medicina são indissociáveis na origem.

4.2 A ética do profissional da atividade notarial e de registro

Na sociedade os indivíduos estão constantemente em convivência. Os relacionamentos daí advindos influem no comportamento humano e por ele são influenciados. Crenças e valores individuais são intercambiados. Dessa forma, as relações começam a tornar-se mais complexas, à medida que cada indivíduo vai-se apropriando das noções de certo e errado, e assim perseguindo objetivos diferenciados, que os levam a funções distintas, ou até antagônicas, no corpo da sociedade.

Além disso, a ética está relacionada aos valores que cada um adquire no “berço”, ou seja, às influências que internalizou, seja no âmbito familiar, seja no estrato social, no grupo racial, religioso ou político, enfim, no corpo sociocultural a que pertence. Essas chamadas condições fazem com que cada indivíduo tenha valores e posicionamentos

¹⁴ Resolução n.º 1.246, de 08 de janeiro de 1988, do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta o Código de Ética Médica.

diferentes. Para maior clareza, cite-se o exemplo de dois juízes – um descendente de família modesta e outro proveniente da elite. Cada um deles perceberá um mesmo caso e o julgará segundo sua visão peculiar. Mesmo que se trate de dois profissionais de formação idêntica e oriundos da mesma posição social, mesmo assim as respectivas sentenças poderão divergir. E por isso os estudiosos da *psiquê* afirmam que cada um tem sua própria visão de vida, o que significa dizer que diversos indivíduos atribuem a um mesmo fato valores e pesos diferenciados.

Um comportamento contrário ao daquele que a sociedade tem por correto faz com que interesses coletivos e individuais sejam afetados pela atitude de uma única pessoa. Por esse motivo, pode-se observar que o ser humano está engajado à sociedade, mesmo contrariamente à própria vontade.

A Ética tem por objetivo entender os conflitos existentes entre as pessoas, buscando as razões de cada uma como resultado direto de suas crenças e valores, e, com base nisso, estabelecer os comportamento que permitam a convivência harmônica entre os cidadãos. Assim, a Ética é de extrema importância para a sociedade. Sem ela torna-se difícil a convivência, já que ela estabelece limites do certo e do justo, em todos os ramos da atividade humana.

A ética nos negócios vem ganhando espaço no interesse público, o que é notório nas reportagens apresentadas com frequência pelos meios de comunicação. Assim, o comportamento corporativo ético constitui uma das preocupações das empresas com a própria imagem em face do público e da concorrência.

Dessa forma, entre os inúmeros desafios enfrentados pelas empresas no mercado, está o de não apenas mostra-se ética, mas de ser, efetivamente, ética, tanto no nível de sua

atuação no mundo corporativo quanto no nível individual, de cada um de seus membros, em todos os graus hierárquicos. Hoje em dia, o profissional com desempenho honesto está em alta, pois se começa a atribuir mais valor às qualidades de conduta, em conjunto com as de competência.

Com o desenvolvimento da ciência notarial e registral, os profissionais da área devem dedicar-se à especialização, com vistas ao atendimento de necessidades também específicas. Levando-se em conta que a atividade notarial, por ser altamente especializada, conta com os conhecimentos muitas vezes apenas do próprio profissional, é de se entender que não sejam raras as oportunidades para o desrespeito às regras. Porém, não é por existirem mais oportunidades que o profissional deva-se aproveitar dessa situação, mesmo porque os riscos continuam a existir e não se deve esquecer que nenhum profissional, por mais especializado que seja, não é o único, sempre havendo alguém capaz de avaliar seu desempenho. A profissão notarial é uma atividade exercida, na maior parte das vezes, com o objetivo de prestar informações, ou formalizar atos com efeitos patrimoniais, trabalhando no sentido de cumprir deveres sociais, legais, econômicos, assim como de orientar a tomada de decisão, desse modo conduzindo à eficácia e levando ao bem-estar das pessoas e das comunidades.

O profissional notarial ou registral tem uma enorme responsabilidade sobre as tarefas que desempenha. Por isso lhe é necessário ter uma consciência profissional bem formada, para que possa nortear seu trabalho pelos preceitos éticos. A imagem, para qualquer profissional, é muito importante, pois exige anos de trabalho e de dedicação para sua construção, e a ética, por sua vez, está associada a essa construção da imagem, podendo ser destruída por qualquer fato cometido de maneira impensada.

O valor profissional deve fazer-se acompanhar de um correspondente valor ético, para que exista uma integral imagem de qualidade. De que adianta um profissional ético sem competência ou um profissional competente sem valores éticos, já que essas duas virtudes se complementam? Quando há só competência técnica e científica e não existe conduta virtuosa, a tendência é de que o conceito no campo do trabalho possa abalar-se, notadamente em profissões que lidam com maiores riscos, nas quais a competência técnica e científica pode ser utilizada de forma ilícita, prejudicando as pessoas e a sociedade. A profissão, pois, pode enobrecer pela ação correta e competente e pode também ensejar a desmoralização, através da conduta inconveniente, com a quebra de princípios éticos. Para ser ético é necessário que o profissional tenha algum tipo de fé, ou seja, que acredite em algum valor intangível, de alto significado moral, como bondade, caridade, sinceridade, honestidade. Assim, o oficial de registro e o tabelião devem defender abertamente os princípios e os valores éticos aplicáveis a sua profissão, de tal modo a produzir uma imagem verdadeira e constituir uma nova geração de profissionais.

4.3 A participação obrigatória dos profissionais da área médica em atos registrais

4.3.1 O óbito

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1975, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, visando a embasar os diversos gerenciamentos em suas ações de saúde. O sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas também do sócio-demográfico.

O documento-padrão do SIM – a Declaração de Óbito – é resultado da padronização, efetuada em 1975, dos mais de quarenta tipos diferentes de Atestado de Óbito então em uso. O modelo atual decorre de alterações sofridas desde então, com inclusão ou alterações de variáveis, de modo a adequar a DO à atualidade epidemiológica.

A legislação vigente sobre eventos vitais, entre os quais nascimentos e óbitos – Lei dos Registros Públicos¹⁵ –, determina, no seu art. 77, que “nenhum enterramento será feito sem certidão do Oficial do Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

À vista dos aspectos legais envolvidos, o Ministério da Saúde faz as seguintes recomendações aos médicos responsáveis pelo preenchimento da Declaração de Óbito (D.O.):

- a D.O. deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais;
- o médico é o responsável por todas as informações contidas na D.O. Não deve assinar uma Declaração de Óbito em branco ou deixar declarações previamente assinadas; deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos;

Deve-se observar o seguinte:

- a Declaração de Óbito é impressa em papel especial carbonado, em três vias e, antes de ser preenchida, o conjunto deverá ser destacado do bloco;
 - o preenchimento deve ser feito à máquina ou em letra de fôrma com caneta esferográfica;
 - devem ser evitadas, sempre que possível, emendas ou rasuras.
- Caso isto ocorra, o conjunto deve ser anulado e encaminhado ao setor de processamento para controle;
- evitar deixar campos em branco, colocando o código correspondente a Ignorado, ou um traço (-), quando não se conhecer a informação solicitada ou não se aplicar ao item correspondente;
 - a primeira linha, que serve de título ao documento, tem um número já impresso, que se destina a identificar o evento, servindo como número de controle para o sistema.¹⁶

É importante que os responsáveis pelo preenchimento o façam com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes, permitindo a identificação do processo

¹⁵ Lei Federal n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973.

¹⁶ Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em 20/5/2007.

mórbido e conduzindo ao conhecimento do perfil saúde-doença, primeira ação de vigilância, ponto inicial do desencadeamento de ações saneadoras no campo da saúde brasileira.

As Declarações de Óbito são impressas em três vias pré-numeradas sequencialmente, pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e distribuídas gratuitamente às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios.

O sub-registro, dependendo da eficiência do fluxo utilizado na coleta dos documentos, varia de Estado para Estado. É importante incentivar, por todos os meios, o registro do óbito nos cartórios, para atender não apenas à legislação vigente, como aos princípios de cidadania.

O destino de cada uma das três vias é o seguinte:

– primeira via: recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo permanecer em poder do setor responsável pelo processamento dos dados, na instância municipal ou na estadual;

– segunda via: entregue pela família ao cartório do registro civil, devendo nele ficar arquivada para os procedimentos legais;

– terceira via: permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, pelo Instituto Médico-Legal (IML) ou pelo Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido. No entanto, o fluxo varia em função de onde ocorreu e do tipo de óbito, como detalhado a seguir:

A) Para óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde
O estabelecimento onde ocorreu o falecimento preenche a D.O. em suas três vias. A primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca ativa pelos setores

responsáveis pelo processamento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito; esta via será retida pelo cartório, para os procedimentos legais. A terceira via ficará na Unidade Notificadora, para ser apensa aos registros médicos do falecido.

B) Para óbitos naturais não ocorridos em estabelecimentos de saúde

- casos de mortes naturais com assistência médica: A Declaração de Óbito, após preenchimento pelo profissional, deverá ter a seguinte destinação:

a) o médico atestante encaminhará a primeira e terceira vias para a secretaria municipal de saúde;

b) a segunda será entregue à família, que a apresentará ao cartório do registro civil, para obtenção da Certidão de Óbito;

c) o cartório do registro civil reterá a segunda via para seus procedimentos legais.

- casos de mortes naturais sem assistência médica, em localidades com médico: ocorridos geralmente em domicílio, estes óbitos deverão ficar sob a responsabilidade do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), cujo médico preenche a D.O., que deve ser recolhida pelo órgão responsável. Quando não existe S.V.O., qualquer médico tem obrigação de preencher o documento que segue o fluxo, descrito no item anterior;

- casos de mortes naturais em localidades onde não haja médico: o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparece ao cartório do registro civil, que preenche as três vias da D.O. O Oficial do registro deve conseguir a informação correspondente a cada item do documento. O cartório retém a segunda via para seus procedimentos legais e, quando da busca ativa, entrega a primeira e a terceira vias ao órgão de processamento da secretaria de saúde.

C) Para óbitos por causas acidentais e/ou violentas

O legista do Instituto Médico-Legal (IML) ou, no caso de não existir na localidade o IML, o perito designado para tal, preenche a D.O., que segue o seguinte fluxo: A primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca ativa pelos setores responsáveis pelo processamento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito; esta via será retida pelo cartório, para os procedimentos legais. A terceira via ficará retida no Instituto Médico-Legal (IML), para ser apensa aos registros médicos do falecido.

A Declaração de Óbito (D.O.) é composta por nove blocos de variáveis:

Bloco I – Cartório;

Bloco II – Identificação;

Bloco III – Residência;

Bloco IV – Ocorrência;

Bloco V - Óbito fetal ou menor de um ano;

Bloco VI - Condições e causas do óbito;

Bloco VII – Médico;

Bloco VIII - Causas externas;

Bloco IX - Localidade sem Médico.

A seguir serão apresentados cada bloco e o modo de preenchimento de suas variáveis. O número da Declaração de Óbito é previamente atribuído e grafado na primeira linha.

- Bloco I - Cartório

Este bloco se destina a colher informações sobre o cartório do registro civil onde foi registrado o falecimento. O preenchimento deste bloco é de exclusividade do Oficial do Registro Civil.

- Campo 1 – Cartório: colocar o nome do cartório.

- Código: o código referente ao cartório será preenchido pelo setor responsável pelo processamento.

- Campo 2 – Registro: anotar o número que foi dado ao registro.

- Campo 3 – Data: anotar a data em que foi efetuado o registro.

O ano deve conter quatro algarismos.

- Campo 4 – Município: colocar o nome do município onde se localiza o cartório.
- Campo 5 – UF: colocar a sigla da unidade da federação onde se localiza o cartório.
- Campo 6 – Cemitério: colocar o nome do cemitério onde será feito o sepultamento.

• Bloco II – Identificação

Este bloco se destina a colher informações gerais sobre a identidade do falecido e dos pais, em caso de óbito fetal ou de menor de um ano.

- Campo 7 – Tipo de Óbito: colocar um x na quadrícula correspondente ao tipo de óbito, se fetal ou não, cujo conceito é dado no anexo V.

- Campo 8 – Óbito: destina-se a colher informações sobre o momento temporal de ocorrência do evento.

• Data: anotar a data em que ocorreu o óbito. O ano deverá conter quatro algarismos.

• Hora: anotar a hora em que ocorreu o óbito. Este dado é de importância para o cartório.

- Campo 9 – RIC: este campo foi criado prevendo a utilização do registro de identificação civil, número único para cada cidadão, de acordo com a Lei n.º 9.454, de 07/04/1997 (3). Deve-se passar um traço neste campo nos estados onde o RIC não tiver ainda sido implantado.

- Campo 10 – Naturalidade: colocar o nome do município de onde era natural o falecido, com a sigla da respectiva unidade da federação. Em caso de desconhecimento do município, colocar a sigla do estado. Em caso de estrangeiros, anotar o país de origem.

Se a naturalidade não for conhecida, colocar um traço (-).

- Campo 11 – Nome do Falecido: anotar o nome completo do falecido.

- Campo 12 – Nome do Pai: anotar o nome completo do pai do falecido, principalmente em caso de óbito fetal ou de menor de um ano de idade.

- Campo 13 – Nome da Mãe: anotar o nome completo da mãe do falecido, principalmente em caso de óbito fetal ou de menor de um ano de idade.

- Campo 14 - Data de nascimento: anotar a data de nascimento do falecido. O ano deverá conter quatro algarismos.

- Campo 15 – Idade: Colocar a idade do falecido, como a seguir:

• Anos Completos: colocar a idade do falecido em anos completos, quando for igual ou maior que um ano, ou quando a idade presumida estiver dentro desses limites;

• Menores de um ano: quando a idade do falecido for menor que um ano, este campo deverá ser preenchido do seguinte modo:

a) até um ano: colocar o número de meses completos de vida, se a criança tiver morrido com mais de um mês e menos de doze meses;

b) até um mês: colocar o número de dias de vida, no caso em que a criança tenha morrido com mais de um dia e menos de trinta dias;

c) até um dia: colocar o número de horas de vida, se a criança tiver morrido com mais de uma hora e menos de vinte e quatro horas;

d) até uma hora: informar, se possível, o número de minutos de vida, se a criança tiver morrido com menos de sessenta minutos.

- Campo 16 – Sexo: assinalar com um x a quadrícula correspondente ao sexo: *M* se masculino, *F* se feminino e *I* se ignorado, que só deverá ser preenchido em casos especiais, quando for de todo impossível o conhecimento do sexo.

- Campo 17 - Raça/Cor: assinalar a quadrícula correspondente com um x. Lembrar que esta variável não admite a alternativa Ignorada. Em caso de o óbito ser de indígena, marcar a quadrícula 5 e anotar à parte a etnia correspondente. Esta variável não se aplica a óbito fetal.

- Campo 18 – Estado Civil: assinalar com um x a quadrícula correspondente ao estado civil do falecido. Não deve ser preenchida em caso de óbito fetal.

- Campo 19 – Escolaridade: este campo não deve ser preenchido em caso de óbito fetal. A quadrícula correspondente ao grau de escolaridade do falecido deverá ser assinalada com um x, lembrando que este campo se refere ao número de anos de estudos concluídos com aprovação:

1 - Nenhuma: não sabe ler e escrever;

2 - de um a três anos: curso de alfabetização de adultos, primário ou elementar, primeiro grau ou fundamental;
 3 - de quatro a sete anos: primário ou elementar, primeiro grau, ginásio, fundamental ou médio primeiro ciclo;
 4 - de oito a 11 anos: primeiro grau ou fundamental, ginásio ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo;
 5 - 12 e mais: segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo e superior;
 9 - Ignorado: se não houver como saber a escolaridade.

- Campo 20 - Ocupação Habitual e Ramo de Atividade: este campo não deve ser preenchido para óbitos fetais nem para crianças com menos de cinco anos de idade. Ocupação habitual é o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação. Não preencher com ocupações vagas, como vendedor, operário, etc., mas com o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operário têxtil, etc. No caso de o falecido ser aposentado, deve ser colocada a ocupação habitual anterior. Anotar estudante se o falecido, por ocasião do óbito, apenas estudava e não desenvolvia nenhuma atividade regularmente remunerada. O código correspondente à ocupação será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

• Bloco III – Residência

Este bloco foi desmembrado do Bloco Identificação dos modelos anteriores, por questões operacionais, embora esta variável faça parte do conjunto de identificação do falecido.

- Campo 21 – Logradouro: anotar o endereço completo, com número e complemento. O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

- Campo 22 – CEP: este campo se refere ao Código de Endereçamento Postal, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

- Campo 23 - Bairro/Distrito: anotar o bairro ou distrito do logradouro. O código correspondente será preenchido pelo setor responsável pelo processamento dos dados.

- Campo 24 - Município de Residência: colocar o nome do município onde residia habitualmente o falecido. Em caso de óbito fetal, considerar o município de residência da mãe. O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados, utilizando o padrão do IBGE.

- Campo 25 – UF: anotar a sigla da unidade da federação correspondente.

• Bloco IV – Ocorrência

Este bloco foi desmembrado do Bloco de Identificação, dos modelos anteriores. Destina-se a colher informações sobre o local (área física e não geográfica) onde ocorreu o óbito.

- Campo 26 - Local de Ocorrência do Óbito: É indispensável assinalar com um x a quadrícula correspondente:

1 - Hospital: se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica, em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas com assistência médica permanente de pelo menos um médico (4).

2 - Outros Estabelecimentos de Saúde: se o óbito ocorreu em outros estabelecimentos que prestam atenção à saúde coletiva ou individual, que não sejam hospitais, como, por exemplo, postos e centros de saúde;

3 - Domicílio: se o óbito ocorreu em um domicílio;

4 - Via Pública: se o óbito ocorreu em uma via pública;

5 - Outros: se o óbito não ocorreu em um estabelecimento de saúde, nem em domicílio ou em via pública;

9 - Ignorado: se não houver como saber onde ocorreu o óbito.

- Campo 27 – Estabelecimento: este campo se refere ao nome do estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito, devendo ser preenchido apenas quando a informação prestada no campo 26 (local de ocorrência) tiver sido a alternativa 1- Hospital ou 2 - Outros Estabelecimentos de Saúde.

O código para o estabelecimento será preenchido pelo setor responsável pelo processamento dos dados, segundo o respectivo cadastro.

- Campo 28 - Endereço da Ocorrência: preencher com o endereço completo. Este campo deverá ser preenchido quando o óbito tiver ocorrido fora de um estabelecimento de saúde ou da residência do falecido, principalmente quando a informação prestada no campo 26 (Local de Ocorrência) tiver sido a alternativa 4 - Via Pública ou 5 - Outros.

- Campo 29 – CEP: este campo se refere ao Código de Endereçamento Postal, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

- Campo 30 - Bairro/Distrito: anotar o bairro ou distrito do logradouro.

O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

- Campo 31 - Município de Ocorrência: colocar o nome do município onde ocorreu o óbito.

O código corresponde ao do IBGE e será colocado no setor responsável pelo processamento dos dados.

- Campo 32 – UF: anotar a sigla do estado correspondente ao município onde ocorreu o óbito.

• Bloco V - Óbito Fetal ou Menor de um Ano

Este bloco se destina a colher informações sobre a mãe, no que se refere à idade, grau de escolaridade, ocupação, gestação, tipo de parto e peso do filho ao nascer. Deve ser obrigatoriamente preenchido em casos de óbito fetal ou óbito em menor de um ano.

1. Informações sobre a Mãe

- Campo 33 – Idade: colocar a idade da mãe, em anos.

- Campo 34 – Escolaridade: a quadrícula correspondente ao grau de escolaridade da mãe deverá ser assinalada com um x, lembrando que este campo se refere ao número de anos de estudos concluídos com aprovação:

1 - Nenhuma: não sabe ler e escrever;

2 - de um a três anos: curso de alfabetização de adultos, primário ou elementar, primeiro grau ou fundamental;

3 - de quatro a sete anos: primário ou elementar, primeiro grau, fundamental, ginásio ou médio primeiro ciclo;

4 - de oito a 11 anos: primeiro grau, fundamental, ginásio ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo;

5 - 12 e mais: segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo e superior; 9 - Ignorado: se não houver como saber a escolaridade.

- Campo 35 - Ocupação e Ramo de Atividade da Mãe: este campo se refere ao tipo de trabalho desenvolvido pela mãe. A informação deve ser detalhada de modo a permitir uma boa classificação.

No caso de a mãe ser aposentada, deve ser colocada a ocupação habitual anterior. Anotar estudante, se a mãe apenas estudar, sem desenvolver nenhuma atividade remunerada.

O código correspondente à ocupação será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

- Campo 36 - Número de Filhos Tidos: destina-se a informações sobre o número de filhos tidos, quer vivos, quer mortos, inclusive abortamentos. Esta variável deverá ser preenchida com dois algarismos para cada tipo. Se não houver informação a respeito, colocar 99.

Lembrar que esta variável inclui o nascido morto a que se referir a Declaração.

- Campo 37 - Duração da Gestação: assinalar com um x a quadrícula correspondente à duração da gestação, expressa em semanas.

- Campo 38 - Tipo de Gravidez: assinalar com um x a quadrícula correspondente ao tipo de gravidez. Cada alternativa se refere ao número de conceptos para cada tipo, isto é, um feto, dois, três ou mais.
- Campo 39 - Tipo de Parto: o tipo de parto deverá ser informado com a colocação de um x na quadrícula correspondente. A alternativa “Vaginal” inclui todos os partos por via baixa, incluindo fórceps e vácuo-extrator.
- Campo 40 - Morte em Relação ao Parto: assinalar com um x a quadrícula correspondente ao óbito em relação ao parto, isto é, se ocorreu antes, durante ou depois.
- Campo 41 - Peso ao Nascer: anotar o peso em gramas (quatro algarismos).
- Campo 42 - Número da Declaração de Nascido Vivo: anotar o número da Declaração de Nascido Vivo (D.N.).

• Bloco VI – Condições e Causas do Óbito

Este bloco se destina a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. Contempla o modelo internacional de Atestado de Óbito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1948.

O preenchimento deste bloco é de responsabilidade exclusiva do médico e deverá ser preenchido para qualquer tipo de óbito, fetal ou não fetal.

1. Óbitos em Mulheres

Os campos 43 e 44 devem ser preenchidos somente para os casos de óbitos em mulheres na idade considerada fértil, adotada a faixa de 10 a 54 anos.

- Campo 43 - A Morte ocorreu durante a Gravidez, Parto ou Aborto? Neste campo, informar com um x, na quadrícula correspondente, se o óbito ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto.

A resposta Sim se aplica tanto à gravidez quanto ao parto ou aborto.

- Campo 44 - A Morte ocorreu durante o Puerpério?: assinalar com um x a quadrícula correspondente, do seguinte modo:

- 1 - Sim, até 42 dias: se o óbito ocorreu durante os primeiros 42 dias do puerpério;
- 2 - Sim, de 43 dias a um ano: se o óbito ocorreu entre o 43º e o 365º dia do puerpério;
- 3 - Não: se a morte não teve relação com os períodos acima;
- 9 - Ignorado: se a informação não puder ser conseguida.

- Campo 45 - Recebeu Assistência Médica durante a Doença que ocasionou a Morte? Assinalar com um x a quadrícula correspondente à alternativa escolhida. Este campo deve ser preenchido com cuidado: a resposta Sim significa que o falecido, durante a doença que ocasionou a morte, teve uma assistência médica todo o tempo; a resposta Não significa que o falecido não teve assistência médica continuada, talvez tendo apenas por ocasião do óbito.

2. Diagnóstico confirmado por:

Este campo se destina a colher informações subsidiárias ao diagnóstico, para uma melhor confirmação do mesmo. Marcar com um x a quadrícula correspondente à resposta, em cada um dos três campos abaixo (46, 47 e 48):

- Campo 46 - Exame Complementar?
- Campo 47 - Cirurgia?
- Campo 48 - Necrópsia?

- Campo 49 - Causas da Morte: o correto preenchimento deste campo fornece valiosa informação para a construção do perfil epidemiológico da população para as três instâncias: federal, estadual e municipal. O conceito de causa de morte está descrito no anexo V - Definições.

A causa básica é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

As causas da morte são preenchidas pelo médico e posteriormente recebem um código segundo a CID-10(6). As áreas sombreadas em frente a cada alínea não devem ser preenchidas pelo médico, mas por técnicos do setor de processamento de dados, mais especificamente pelos codificadores. Não devem ser incluídos sintomas e causas terminais, como insuficiência cardíaca ou insuficiência respiratória.

A declaração das causas de morte é feita no “Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte”, utilizado em todos os países e recomendado pela

Assembléia Mundial de Saúde, em 1948. Este modelo consta das partes I e II, ressaltando-se que a parte I apresenta uma quarta linha d, não existente nos modelos anteriores.

• Parte I:

Tradicionalmente, as estatísticas de mortalidade segundo causas de morte são produzidas atribuindo-se ao óbito uma só causa, chamada causa básica, definida anteriormente. A causa básica, em vista de recomendação internacional, tem que ser declarada na última linha da parte I, enquanto que as causas conseqüenciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas anteriores.

É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, para que se tenha dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população.

Nos casos de óbitos fetais, não se deve anotar o termo “natimorto”, mas sim a causa ou causas do óbito fetal.

• Parte II:

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas causas contribuintes.

- Tempo aproximado entre o início da doença e a morte:

este espaço deverá sempre ser preenchido. O que se pretende é estabelecer o tempo aproximado entre o início do processo mórbido e a morte, embora isto nem sempre seja possível, como nos casos de doenças crônicas ou degenerativas. Quando este tempo não puder ser estabelecido, anotar Ignorado.

Os exemplos a seguir esclarecem melhor o modo do preenchimento destas duas partes:
Exemplo 1: Paciente tinha febre tifóide e apresentou perfuração intestinal, falecendo em conseqüência de peritonite. Neste caso, a causa básica é febre tifóide e as complicações, ou causas conseqüenciais, são a perfuração intestinal e a peritonite. Esta última é chamada conseqüencial terminal ou simplesmente causa terminal. O atestado deverá ser preenchido da seguinte maneira:

Exemplo 2: A criança apresentou sarampo e teve como complicação broncopneumonia, falecendo em conseqüência desta. Neste caso, a causa básica sarampo, deu origem à broncopneumonia, que foi a causa terminal. O atestado poderá ser preenchido como abaixo, sendo que a causa básica foi registrada na alínea “b”, ficando as demais em branco.

Exemplo 3: Pedestre atingido por caminhão sofreu fraturas múltiplas, falecendo em conseqüência do choque traumático. Neste caso, a causa básica é pedestre golpeado por caminhão (acidente de trânsito), conforme abaixo:

Exemplo 4: Falecimento de homem com traumatismo craniencefálico como conseqüência de disparo intencional de arma de fogo. A causa básica é a causa externa, como abaixo:

Exemplo 5: Falecimento de homem com choque hemorrágico devido a esmagamento de órgãos internos, causado pelo impacto de queda de árvore sobre seu corpo. Neste caso as causas da morte são:

Exemplo 6: Criança de seis meses deu entrada no Pronto-Socorro com história de três dias de diarreia, que se intensificou nas últimas doze horas. Examinada, mostrava-se desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de intensa desidratação, evidências de desnutrição. O preenchimento deve ser feito da seguinte forma:

Os dois exemplos a seguir se referem a óbitos fetais:

Exemplo 7: Membranas rompidas prematuramente com trinta e três semanas de gestação. Desenvolvimento de infecção intra-uterina. A mãe entrou em trabalho de parto cinco dias após a ruptura das membranas. O feto faleceu neste período. Neste caso, as causas de morte são:

Exemplo 8: Mulher com diabetes *mellitus* desenvolveu uma toxemia severa durante a gravidez. A placenta descolou prematuramente, foi realizada uma cesária e o feto

morreu durante esse período. O preenchimento da causa de morte deve ser feito como no modelo a seguir:

• Bloco VII – Médico

Este bloco se destina a colher informações básicas sobre o médico que assina a Declaração de Óbito (D.O.).

- Campo 50 - Nome do médico: anotar o nome completo do médico que assina (Campo 55) a Declaração de Óbito (D.O.).

- Campo 51 – CRM: anotar o número de inscrição do médico atestante no Conselho Regional de Medicina da unidade da federação.

- Campo 52 - O médico que assina atendeu ao falecido? Este campo se refere à condição do médico atestante e deve ser preenchido com um x na quadrícula apropriada, considerando-se o seguinte:

1. Sim: quando o médico que assina a Declaração tiver efetivamente atendido ao paciente durante a doença que ocasionou o óbito, ou à mãe, em caso de óbito fetal;

2. Substituto: quando o médico que assina a D.O. for plantonista, residente, chefe de equipe, etc. que não tenha acompanhado o falecido durante a doença, mas apenas por ocasião da morte;

3. I.M.L: quando o médico que assina a D.O. pertencer ao Instituto Médico-Legal;

4. S.V.O: quando o médico que assina a D.O. pertencer ao Serviço de Verificação de Óbitos;

5. Outros: quando o médico que assina a D.O. não atendeu ao falecido durante a doença ou por ocasião da morte, ou à mãe, em caso de óbito fetal, ou os casos que não estão enquadrados nas categorias anteriores.

- Campo 53 - Meio de Contato: neste campo deverá ser anotado o meio mais fácil de se entrar em contato com o médico que assinou a Declaração de Óbito, tal como telefone, fac-símile, *e-mail* ou outro qualquer.

- Campo 54 - Data do Atestado: colocar a data em que o atestado foi assinado, com o ano com quatro algarismos.

- Campo 55 - Assinatura: espaço destinado à assinatura do médico atestante.

• Bloco VIII - Causas Externas

1. Prováveis Circunstâncias de Morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)

Este bloco se refere às causas externas de óbito (nos modelos anteriores era o Bloco VI). As informações relativas às mortes violentas e acidentais (não naturais) são de grande importância epidemiológica e são um complemento ao Bloco VI - Condições e Causas do Óbito. Correspondem ao Capítulo XX da CID-10 - Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade (6).

- Campo 56 – Tipo: assinalar com um x a quadrícula correspondente ao tipo de morte violenta ou a circunstância em que se deu a morte não natural. As alternativas são: Acidente, Suicídio, Homicídio, Outros e Ignorado, que, no Capítulo XX da CID-10(6), são classificados do seguinte modo:

1. Acidentes: V01 a X59;

2. Suicídios: denominados “Lesões autoprovocadas voluntariamente” - X60 a X84;

3. Homicídios: denominados simplesmente “Agressões” - X85 a Y09;

4. Outros: abrange o restante do Capítulo XX, cujos diagnósticos não se enquadram em nenhum dos anteriores.

- Campo 57 - Acidente de Trabalho: assinalar com um x a quadrícula correspondente à alternativa, quando o evento que desencadeou o óbito estiver relacionado ao processo de trabalho.

- Campo 58 - Fonte da Informação: este campo fornece informações complementares para as mortes ocasionadas por causas externas.

Assinalar com um x a quadrícula correspondente à alternativa escolhida.

- Campo 59 - Descrição Sumária do Evento, incluindo o Tipo de Local de Ocorrência: deverá ser feita uma descrição sucinta, sem perder a clareza, do tipo de lesão e as prováveis circunstâncias que a motivaram, bem como o tipo do local (via pública, residência, etc.).

- Campo 60 - Se a Ocorrência for em Via Pública, Anotar o endereço: colocar o nome do logradouro onde ocorreu a violência ou acidente que produziu a lesão fatal.

• Bloco IX – Localidade sem Médico

Este bloco deverá ser preenchido no caso de óbitos ocorridos em localidades onde não exista médico. Neste caso, seu preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil, segundo o prescrito na Lei do Registro Civil, conforme citado abaixo:

Art. 77 – Nenhum sepultamento será feito sem certidão do Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte.

- Campo 61 – Declarante: deverá conter o nome completo do declarante e sua assinatura.

- Campo 62 – Testemunhas: cada uma das testemunhas deverá assinar numa das linhas, sendo conveniente a colocação do número de um documento de identidade (RG, CPF, etc.).¹⁷

Existem definições – que devem ser observadas pelos profissionais médicos no preenchimento de uma D.O. – adotadas pela Assembléia Mundial da Saúde¹⁸, de acordo com o artigo 23 da Constituição da Organização Mundial de Saúde, definições essas inclusas no CID-10.

¹⁷ Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em 20/5/2007.

¹⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resoluções WHA 20.19 e WHA 43.24.

4.3.1.1 Causas de morte

As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziram essas lesões.

– Causa básica de morte

A causa básica de morte é:

a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou

b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

4.3.1.2 Definições concernentes à vitalidade e à mortalidade fetal neonatal

a) Nascimento vivo: expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

b) Óbito fetal: morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

c) Óbito neonatal: morte de nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida. Pode ser subdividido em *mortes neonatais precoces* (durante os primeiros sete dias

de vida) e *mortes neonatais tardias* (após o sétimo dia de vida, mas antes de completado o período de 28 dias).

4.3.1.3 Definições relacionadas à mortalidade materna

a) Morte materna: óbito da mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, em virtude de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais.

b) Morte materna tardia: óbito decorrente de causas obstétricas diretas ou indiretas, ocorridas após o término da gravidez, no período compreendido entre mais de 42 dias, mas menos de um ano.

c) Morte relacionada à gestação: óbito da mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte. As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos:

c.1) morte obstétrica direta: a resultante de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas mencionadas.

c.2) morte obstétrica indireta: a resultante de doenças preexistentes à gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

Diferentemente das orientações para o preenchimento da D.O. no Brasil, a legislação norte-americana deixa claro que a definição da causa de óbito pode apresentar incertezas, e que o mesmo caso pode ser classificado de modo diverso por diferentes médicos. Tal legislação estimula o médico a propor hipóteses a partir de informações existentes; além disso, permite que na classificação da causa básica sejam utilizadas palavras como

provável ou *possível*. Existe uma tendência crescente de valorizar todas as informações da declaração de óbito, e não somente as causas básicas, o que pode tornar importantes mesmo as informações parciais.

O fato de o atestado de óbito ser um documento com possíveis conseqüências legais pode ser decisivo na proporção de óbitos por causa mal definida. Há relatos a respeito do temor do médico em preencher um documento legal. Em alguns países com baixa proporção de mortes por causa mal definida, os casos de morte violenta, morte súbita, morte em indivíduos sem seguimento médico e, em certos países, de mortes naturais por causa mal definida, são encaminhados para um funcionário público examinador, que pode ser advogado, promotor ou médico com conhecimento jurídico. É esse examinador que decide se é preciso instaurar inquérito criminal, realizar necropsia ou liberar o médico para preencher o atestado sem implicações legais. O examinador que assim decide assume igualmente todos os efeitos legais do atestado de óbito. O número de casos encaminhados dessa forma em vários países é muito superior ao de necropsias ou mortes violentas. A proporção de óbitos encaminhados ao examinador pelos médicos vem aumentando em alguns países, indicando um possível crescimento da importância da implicação legal da classificação de óbitos.

A Constituição Brasileira de 1988, que adota o princípio da responsabilidade objetiva e da indenização por dano moral, e o Código de Ética Médica¹⁹ são marcos jurídicos importantes que levaram ao aumento do número de processos por erro médico no País, sendo provável que tenham influenciado o crescimento da classificação de óbitos como de causa mal definida.

¹⁹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.246, de 08 de janeiro de 1988 (regulamenta o Código de Ética Médica).

Em recentes denúncias apresentadas por um programa semanal televisivo, apresenta-se situação na qual profissionais inescrupulosos manipulam dados em Declarações de Óbito, ou mesmo declaram óbito de quem nem sequer existe. Ocorre que tal D.O. dará origem a um assento de óbito, no cartório de registro civil da circunscrição competente, o que pode gerar diversas conseqüências no campo patrimonial, por exemplo.

Buscando as causas dos abusos verificados na expedição de atestados médicos, há quem advogue ser a impunidade um dos principais motivos de não se reverter a prática delituosa. Embora não se possa considerar a ocorrência de tal impunidade, cumpre assinalar que os conselhos regionais não têm poupado severas punições aos médicos sagrados em abuso. É possível que o número de casos julgados seja inexpressivo frente ao universo de fraudes cometidas. Mas é verdade incontestemente que, constatada a ocorrência, têm sido punidos os culpados. Ainda há pouco, o Conselho Federal referendou a cassação do exercício profissional de médico que mantinha vínculo com empresa funerária, assinando formulários de atestados de óbito em branco e cobrando taxas para liberação de corpos, sem, sequer, ver ou examinar os cadáveres. Um dos conselhos regionais, soubemo-lo recentemente, conduz processo ético em desfavor de médico que, por motivo mercantilista, teria propiciado, mediante a emissão de atestado de óbito, que se sepultassem pedras em vez de um cadáver. O pretense morto foi encontrado tempos depois, hígido, numa cidade vizinha. Haja vista o dever de se atestar apenas o que pessoalmente se constatou, o fato referido não pode ser considerado apenas um equívoco.

Por tais razões é que se faz mister a apuração exata da responsabilidade de tais profissionais inescrupulosos, para que não maculem a imagem dos bons médicos, bem como a dos profissionais registradores. Vale lembrar que, com a certidão de óbito, pode-se, por exemplo, requerer a extinção de punibilidade de criminosos, a abertura de inventários e a transferência de patrimônio, entre outros procedimentos. Se a certidão de óbito resultar

de D.O. preenchida com dados falsos ou inverídicos, todos os atos jurídicos subsequentes serão fraudulentos, não merecedores de fé pública.

4.3.2 O nascimento

Uma segunda participação obrigatória dos médicos em atos registrais torna-se concreta quando da concepção: é a declaração de nascido vivo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)²⁰, em seu artigo 10, inciso IV, estabelece que “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a fornecer declaração de nascimento onde constem, necessariamente, as intercorrências do parto e do neonato”. Esse documento, para todos os efeitos, é entendido como a “Declaração de Nascimento Vivo”, impresso e fornecido pelo Ministério da Saúde e considerado o documento básico de seu Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A declaração de nascimento pode ser preenchida por qualquer profissional do hospital, inclusive o médico. Com a segunda via deste documento, o responsável pelo bebê deverá dirigir-se ao cartório de registro civil mais próximo do local do parto, onde procederá ao assento de nascimento, conforme prevê o artigo 50, da Lei dos Registros Públicos²¹, recebendo então a Certidão de Nascimento, gratuitamente²². É a partir desse registro que a criança ganha vida civil - torna-se legalmente um cidadão.

O Ministério da Saúde criou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), em 1990, com o objetivo de reunir dados epidemiológicos referentes aos nascimentos informados em todo o território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação; em muitos municípios já apresenta um número de registros maior do que o publicado pelo IBGE, com base nos dados de cartório

²⁰ BRASIL. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (cria o Estatuto da Criança e do Adolescente).

²¹ BRASIL. Lei Federal n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973.

²² BRASIL. Lei Federal n.º 9.534, de 10 de dezembro de 1997 (regulamenta a gratuidade do registro de nascimento).

de registro civil. Por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança, para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para a efetiva melhoria do sistema. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (D.N.), padronizada em todo o País.

O embasamento legal para o funcionamento do Sistema é decorrente dos seguintes documentos:

– Lei n.º 6.015/1973 (Lei dos Registros Públicos): em seu Capítulo IV (artigos 51 a 67), define as normas e providências para registro dos nascimentos em todo o território nacional;

– Decreto n.º 4.726/2003²³ : aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde – MS – e cria a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS;

– Portaria S.V.S. n.º 20/2003²⁴: regulamenta as rotinas de coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos;

– Portaria n.º 29/2003²⁵: define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS, no que se refere aos sistemas de informação. Esta Portaria, em seu artigo 1.º, designa a S.V.S. como órgão gestor, em âmbito nacional, do Sistema de Informações sobre Mortalidade. O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS), por intermédio da Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE), é o órgão da S.V.S. responsável por esse gerenciamento, aqui incluídos: definição de variáveis, críticas e agregações de dados, impressão e distribuição

²³ BRASIL. Decreto Federal n.º 4.726, de 09 de junho de 2003.

²⁴ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria n.º 20, de 03 de outubro de 2003.

²⁵ Id. Portaria n.º 29, de 21 de outubro de 2003.

dos documentos de captação dos dados (declarações de nascido vivo), manuais de operação do sistema, bem como a ordenação das alterações que se fizerem necessárias;

– Portaria n.º 16/2004²⁶: constitui o Comitê Técnico Assessor do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (CTA-Sinasc) e dá outras providências.

Fluxos de documentos e informações

A Declaração de Nascido Vivo (D.N.) é impressa em três vias previamente numeradas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS – SVS). O documento é distribuído gratuitamente às secretarias estaduais de saúde, destas às secretarias municipais de saúde, que, por sua vez, o repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios.

O fluxo de cada uma das três vias da D.N. depende do local onde se realiza o parto: no hospital ou no domicílio, de acordo com a Portaria n.º 20, de 03 de outubro de 2003, da S.V.S.:

– Partos Hospitalares

A 1.^a via permanece no estabelecimento de saúde até ser coletada, por busca ativa, pelos órgãos estaduais ou municipais responsáveis pelo sistema; a 2.^a via é utilizada para o registro do nascimento, conforme determina a Lei n.º 6.015/1973. Após o registro, o cartório do registro civil reterá esta via para os procedimentos legais; a 3.^a via será arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto, em princípio no prontuário do recém-nascido. Essa via poderá ser utilizada também para a localização das parturientes e dos recém-nascidos, com vistas ao planejamento de ações específicas da área de saúde.

Partos Domiciliares

²⁶ SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria n.º 16, de 23 de abril de 2004.

No caso de partos domiciliares com assistência médica ou por profissional de saúde, a D.N. será preenchida pelo profissional responsável, que deverá dar-lhe a seguinte destinação:

– 1ª via: secretaria municipal de saúde;

– 2ª via: pai ou responsável legal, para a obtenção da Certidão de Nascimento no cartório do registro civil, o qual reterá o documento, conforme determina a Lei n.º 6.015/1973. Após o registro, o cartório do registro civil reterá esta via para seus procedimentos legais;

– 3ª via: pai ou responsável legal, para apresentação na primeira consulta em unidade de saúde. (Poderá ser arquivada no estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto, em princípio no prontuário do recém-nascido. Essa via poderá ser utilizada também para a localização das parturientes e dos recém-nascidos visando ao planejamento de ações específicas de saúde).

No caso dos partos domiciliares sem assistência médica, a D.N. será preenchida pelo cartório de registro civil e terá a seguinte destinação:

– 1ª via: cartório de registro civil, até ser recolhida pela secretaria municipal de saúde;

– 2ª via: pai ou responsável legal, para obtenção da certidão de nascimento, a ser lavrada no cartório de registro civil, onde ficará retido o documento;

– 3ª via: pai ou responsável legal, para apresentação na primeira consulta na unidade de saúde.

As secretarias municipais de saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se, inclusive, das equipes de Saúde da Família, dos agentes comunitários de saúde e parteiras tradicionais. As secretarias municipais deverão consolidar e avaliar seus bancos de dados e encaminhá-los mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde.

Nas secretarias estaduais de saúde os dados são processados por município de ocorrência e posteriormente criticados. Os dados consolidados são encaminhados à

Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE/DASIS/SVS/MS), onde são, finalmente, consolidados em esfera nacional, para análise e disponibilização pelos meios de informação.

Se um profissional, por culpa ou dolo, com o intuito ou não de auferir vantagem, preencher uma Declaração de Nascido Vivo com dados inverídicos, forjados ou que não correspondam à realidade do recém-nascido, esse fato gerará efeitos na esfera jurídica.

Ocorre que, de posse da Declaração de Nascido Vivo, o interessado pode comparecer ao Cartório do Registro Civil da Circunscrição competente e requerer, nos termos da lei, a certidão de nascimento do filho. O Oficial do Registro Civil, com base na D.N., lavrará o assento de nascimento, ato que confere à criança, a cidadania, além de direitos patrimoniais, entre outros.

Vale lembrar que inúmeras fraudes são noticiadas pela imprensa, como troca de bebês em maternidades, substituição de crianças vivas por natimortos, “adoção à brasileira”, entre outros. Ora, tais ilícitos, previstos na legislação penal brasileira, terão livre acesso ao Registro Civil caso o profissional da área médica preencha a D.N. com informações falsas ou dados inexistentes.

4.4 A participação facultativa dos profissionais médicos em atos notariais

Apesar de não se apresentar como exigência legal, a participação do médico é muitas vezes solicitada por um profissional da área notarial, para auxiliar na construção de seu convencimento a respeito de um ato a ser lavrado no tabelionato.

Na maior parte das vezes, testamentos, procurações e escrituras públicas são atos jurídicos que geram efeitos patrimoniais de grande vulto, o que leva o Tabelião a solicitar declaração ou atestado médico sobre a lucidez ou sanidade mental do interessado em

praticar atos de disposição patrimonial. Esse procedimento constitui, atualmente, medida indispensável como respaldo às atividades notariais, em face da verdadeira avalanche de pedidos indenizatórios de familiares ou interessados, indicando a crescente responsabilização dos notários pelos atos de seu ofício.

De forma a especificar as responsabilidades de um notário, descrevem-se a seguir as características dos atos notariais ora analisados.

4.4.1 Procuração

Procuração (do latim *procuracione*) é a incumbência e poder que alguém outorga a outrem, por meio de documento legal, para tratar de negócios em seu nome. É um mandato, ou seja, um contrato estabelecido ou firmado entre o mandante (que confere poderes) e o mandatário (que recebe os poderes para praticar atos em nome daquele). A procuração é o instrumento do mandato e pode materializar-se:

- por instrumento particular, quando feita ou escrita pelo próprio mandante com o reconhecimento de firma, se *ad negotia* (extrajudicial);

- por instrumento público, quando lavrada em cartório, recebendo-se o traslado; havendo necessidade de outras cópias, o cartório fornece certidão;

- extrajudicial: quando confere incumbência ou poder a um mandatário para praticar negócios comuns, de cunho civil ou comercial, fora dos tribunais;

- judicial (*ad iudicia*): quando confere poderes ou incumbência(s) ao bacharel em Direito devidamente habilitado para representar, nos tribunais, o mandante na qualidade de autor ou réu. Vale lembrar que os poderes especiais são estipulados de acordo com a natureza do negócio e a extensão dos poderes. O mandante pode ser pessoa física (natural)

ou jurídica. Os relativamente incapazes são assistidos, assinam junto com os seus representantes legais. Já os absolutamente incapazes são representados: não assinam.

Constituem elementos da procuração:

a) Partes

n.º 1 – mandante, outorgante, constituinte;

n.º 2 - mandatário, outorgado, constituído, procurador (qualificar, ex.: RG, CPF, endereço, estado civil);

b) Objetivo: a finalidade da procuração;

c) poderes conferidos: a forma como deve ser desempenhado o mandato;

d) local, data e assinatura ao final.

Constituem obrigações do mandatário:

a) aplicar toda a sua diligência na execução do mandato;

b) pagar juros;

c) prestar contas;

d) apresentar o instrumento do mandato;

e) concluir um negócio já começado.

São obrigações do mandante:

a) satisfazer todas as obrigações contraídas pelo mandatário;

b) adiantar a importância das despesas necessárias à execução do mandato;

c) pagar ao mandatário a remuneração ajustada e as despesas de execução do mandato;

d) ressarcir ao mandatário as perdas que sofrer com a execução do mandato, sempre que estas não resultarem de culpa sua ou excesso de poderes;

e) obrigação para com aqueles com quem o procurador tiver contratado.

Opera-se a extinção do mandato:

- a) pela revogação;
- b) pela renúncia;
- c) pela morte de uma das partes;
- d) pela terminação do prazo;
- e) pela conclusão do negócio.

Ocorre o substabelecimento quando o mandatário, com a anuência do mandante, transfere a terceiros os poderes recebidos em uma determinada procuração. Esse substabelecimento poderá ser parcial ou total, isto é, com ou sem reserva de poderes. Tratando-se de mandato judicial, substabelecido e substabelecete poderão atuar simultaneamente no mesmo processo.

No âmbito do direito civil, a representação, no mundo moderno, apresenta-se como assunto basilar para a validade dos negócios jurídicos. A representação voluntária, aqui abordada, origina-se em instrumento procuratório (procuração) público ou particular.

A representação poderá ser legal, nos casos em que a lei expressamente permite, caso do pai no exercício do pátrio poder, do tutor e do curador. Já a representação voluntária ou convencional origina-se da outorga de poderes para que outra pessoa pratique atos jurídicos em nome do representado.

Para a realização dos negócios jurídicos, faz-se necessária a *presença* do interessado, como bem ensina Pontes de Miranda. Entretanto, no mundo moderno, necessário se faz, em diversas situações, estar presente em locais diversos, o que só se torna possível por meio de representante, investido de poderes pelo interessado.

Pontes de Miranda é preciso na conceituação da representação:

Representação é o ato de manifestar vontade, ou de manifestar ou comunicar conhecimento, ou sentimento, ou de receber a manifestação, ou comunicação, por outrem (representado), que passa a ser o **figurante** e em cuja esfera jurídica entram os efeitos do ato jurídico que se produz.²⁷

4.4.2 Testamento

A palavra testamento significa, na Bíblia, pacto, aliança. A figura jurídica do testamento era desconhecida dos antigos hebreus. Para eles, a herança estava regulada pelo costume e, posteriormente, pela lei, não havendo a hipótese de herdeiros designados pelo testador. Nos tempos helenísticos, os rabinos introduziram a instituição jurídica dos gregos relativa ao testamento e o termo que a designava – *diatheke*. Na Vulgata, tradução da Bíblia para o latim feita por São Jerônimo, figura o termo *testamento*, uma das acepções de *diatheke*, mas que não corresponde ao vocábulo original *berit*.

O Código Civil brasileiro²⁸ garante aos maiores de 16 anos, capazes, o direito de disporem do total ou de parte de seus bens, conforme o caso, bem como de estabelecerem disposições de caráter não patrimonial para após a morte, por meio de testamento.

Quanto ao patrimônio, quem possui herdeiros necessários pode dispor da metade de seus bens em testamento; não havendo herdeiros necessários, pode dispor da totalidade. Cabe lembrar que a lei considera herdeiros necessários os descendentes (filhos, netos, bisnetos, etc.), os ascendentes (pais, avós, bisavós, trisavós, etc.) e o cônjuge.

²⁷ MIRANDA, Pontes de. **Tratado de direito privado**: parte geral. Tomo I: Introdução. Pessoas físicas e jurídicas. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1977.

²⁸ BRASIL. Lei Federal n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil brasileiro).

É chamado *testador* o autor do testamento; *testamenteiro*, o encarregado do testamento; *herdeiros*, os contemplados com o patrimônio sem individualização e *legatários*, os contemplados por bens individualizados.

O testamento, qualquer que seja a sua forma, pode ser revogado ou alterado pelo testador a qualquer tempo, só não se sujeitando a esta regra o reconhecimento de filiação feito por disposição testamentária. Os beneficiados por testamento com bens só passarão a possuí-los após a morte do testador que, enquanto vivo, poderá dispor livremente de seu patrimônio.

O testamento pode ser ordinário ou especial, este último só admitido em situações específicas. O ordinário classifica-se em: público, cerrado e particular. O testador pode optar por qualquer uma dessas três formas, com exceção dos cegos, a quem só é permitido testar pela forma pública.

O testamento público é escrito por tabelião ou por seu substituto legal, na presença de duas testemunhas, e, após, é lido por ele ou pelo testador, na presença das mesmas testemunhas, sendo em seguida assinado por todos. Quando o testador for cego, a leitura será feita duas vezes – uma pelo Tabelião e outra por uma das testemunhas. Desse testamento, escrito no livro do cartório e guardado de forma segura, é entregue ao testador uma cópia – ou quantas desejar –, podendo qualquer pessoa ter acesso ao seu conteúdo ou dele solicitar certidão.

O testamento cerrado pode ser escrito de próprio punho ou mecanicamente pelo testador ou por outra pessoa, em língua nacional ou estrangeira, e será assinado pelo testador, que, pessoalmente, o entregará a um Tabelião, na presença de duas testemunhas, para que o aprove. A aprovação é efetuada no próprio testamento e assinada pelo Tabelião

ou seu substituto, pelo testador e pelas duas testemunhas, após o que o testamento será cerrado, cosido e entregue ao testador. Em seguida, o Tabelião lançará no livro próprio a nota do lugar, dia, mês e ano em que o testamento foi aprovado. A existência desse testamento é pública, mas o respectivo conteúdo é secreto, devendo ser guardado com cuidado para evitar perda ou extravio.

Já o testamento particular pode ser escrito de próprio punho ou mecanicamente, em língua nacional ou estrangeira, havendo necessidade de ser lido e assinado pelo testador na presença de, no mínimo, três testemunhas. Se utilizado processo mecânico para escrevê-lo, o texto não poderá conter rasuras ou espaços em branco e, se escrito em língua estrangeira, as testemunhas deverão compreendê-la. Esse tipo de testamento precisa ser muito bem guardado, já que, formalmente, só têm conhecimento da sua existência o testador e as testemunhas.

Os testamentos especiais dividem-se em: marítimo, aeronáutico e militar.

O marítimo pode ser feito por quem estiver em viagem a bordo de navio nacional, de guerra ou mercantil, perante o comandante e na presença de duas testemunhas, por forma que corresponda ao testamento público ou cerrado, e será registrado no diário de bordo; não terá validade se, no ato da lavratura, o navio estiver ancorado em porto onde o testador possa desembarcar e testar de forma ordinária. O aeronáutico é o feito por quem estiver em viagem, a bordo de aeronave militar ou comercial, perante pessoa designada pelo comandante. Em ambos os casos, o testamento ficará sob a guarda do comandante, que o entregará às autoridades administrativas do primeiro porto ou aeroporto nacional. Caso o testador permaneça vivo durante a viagem ou nos noventa dias subseqüentes ao desembarque, deverá fazer outro testamento.

O testamento dos militares e demais pessoas a serviço das Forças Armadas, em campanha dentro ou fora do País, ou em praça sitiada, ou ainda em local cujas comunicações estejam interrompidas, e não havendo tabelião ou substituto legal deste, poderá o testamento ser feito ante duas ou três testemunhas, se o testador não puder ou não souber assinar, por ele assinando uma delas.

Se o testador pertencer a corpo ou seção de corpo destacado, o testamento será escrito pelo respectivo comandante, ainda que de graduação ou posto inferior. Se estiver em tratamento hospitalar, será escrito pelo respectivo oficial de saúde ou pelo diretor do estabelecimento e, se for o oficial mais graduado, será escrito por aquele que o substituir. Poderá o testamento ser escrito de próprio punho, se o testador souber escrever, contanto que o date e assine por extenso e o apresente aberto ou cerrado, na presença de duas testemunhas, ao auditor ou ao oficial de patente que lhe faça as vezes nesse mister. Os militares e demais pessoas a serviço do Exército, se estiverem empenhadas em combate, ou feridas, podem testar oralmente confiando sua última vontade a duas testemunhas.

Em todos os casos, o testador poderá nomear um ou mais testamentários para cumprimento das disposições de última vontade, cabendo a esse(s) testamentário(s), entre outras atribuições, defender a validade do testamento. Se o testador não nomear testamentário, a execução testamentária competirá ao cônjuge e, em falta deste, ao herdeiro que o juiz nomear. Se o testamentário não for herdeiro ou legatário e não houver disposição testamentária a respeito, terá direito a um prêmio entre 1% e 5%, arbitrado pelo juiz sobre a herança líquida.

O Código Civil admite ainda o escrito particular datado e assinado, quando as disposições versarem apenas sobre enterro, esmolas de pouca monta a determinadas

pessoas ou aos pobres de certo lugar e legado de móveis, roupas ou jóia de uso pessoal de pouco valor.

4.4.3 Escritura Pública

Feita pelo oficial público, lavrada em notas de tabelião, a escritura pública – popularmente conhecida como instrumento público – constitui documento dotado de fé pública, significando prova plena. Deve conter os requisitos previstos na lei e ser redigida em língua nacional.

Dispõe o artigo 108 do Código Civil brasileiro a respeito da forma instrumentária essencial à validade dos negócios imobiliários:

Não dispondo a lei em contrário, a escritura pública é essencial à validade dos negócios jurídicos que visem à constituição, transferência, modificação ou renúncia de direitos reais sobre imóveis de valor superior a trinta vezes o maior salário mínimo vigente no País.

Dita norma tem grande relevância no campo dos negócios jurídicos imobiliários, exigindo indivisa atenção dos profissionais do direito, sobretudo daqueles que trabalham nas atividades notariais e registrais, pois baliza forma indispensável à produção dos efeitos pretendidos sempre que o negócio se referir a direitos reais sobre imóveis, em que a regra é a escritura pública, excetuando-se os casos previstos em lei especial e aqueles em que o valor do imóvel não exceder a trinta vezes o maior salário mínimo vigente no País.

Fora isso, nenhum negócio envolvendo direitos reais sobre imóveis pode ser realizado sem escritura pública, sob pena de ser considerado como não realizado, por inobservância da forma prescrita em lei, essencial à validade do negócio, não podendo,

inclusive, e a toda evidência, ser registrado no cartório do registro de imóveis, por submissão ao princípio da legalidade.

Assim, pode-se definir escritura pública como um instrumento público de contrato ou de declaração unilateral de vontade, lavrada perante um tabelião ou seu escrevente. O conteúdo de uma escritura pública é considerado verdadeiro para todos os efeitos, enquanto alguma sentença judicial não o declare falso. Em outras palavras, escritura é prova pré-constituída, documento que confere segurança, eficácia e tranquilidade aos atos e negócios jurídicos.

O Tabelião, procurado para lavrar uma escritura pública, ouve o desejo das partes, aconselha-as no sentido de conseguir a melhor solução jurídica para o que pretendem, verifica o que é lícito e possível, identifica as pessoas, avalia-lhes a capacidade jurídica, cuida para que sejam satisfeitas eventuais exigências tributárias e traduz a vontade das partes no documento chamado escritura pública, lavrada em livro próprio, lida às partes e, por fim, assinada por elas e pelo tabelião. A cópia autêntica dessa escritura pública, chamada traslado ou certidão, conforme o caso, revestida da referida presunção legal da verdade, vai produzir o efeito que dela se espera, no mundo jurídico e dos negócios.

Qualquer negócio pode ser documentado através de escritura pública. Alguns, porém, são feitos obrigatoriamente assim, por força da lei, atendendo a considerações de ordem pública. Os atos mais freqüentemente expressos em escritura pública são: contratos de compra e venda de imóveis, contratos de doação de imóveis, testamentos, hipotecas, confissões de dívida, reconhecimento de filhos, emancipações, pactos antenupciais, contratos de união estável e declarações de cremação.

Da competente atuação do Tabelião resulta a harmonia na sociedade, pois ele é o confidente e conselheiro imparcial que procura conciliar os interesses às vezes antagônicos

e que, pela forma como procura prever todas as conseqüências futuras do contrato por escritura pública, previne discussões e litígios em torno da matéria aí resolvida.

Uma vez entendidos os atos notariais a respeito dos quais trata este trabalho, cabe passar-se diretamente ao objeto deste estudo. Quando o tabelião de notas é procurado pelo interessado para a lavratura de um testamento, de uma escritura pública ou de uma procuração, pode ser que das informações colhidas o profissional notarial não consiga observar as reais intenções que cercam o ato. Tome-se como exemplo um parente desonesto que obriga o idoso já sem condições de gerir os próprios atos a outorgar-lhe procuração com plenos poderes de gestão. O tabelião, desconfiando das reais intenções do familiar, ou apenas por cautela, deve exigir atestado médico de sanidade mental e lucidez do outorgante. Vale lembrar que o mesmo se aplica em caso de escritura pública ou testamento. Ora, diante da exigência de atestado, pelo tabelião, pode ocorrer uma das três seguintes situações, em que o médico:

- a) procede ao exame do paciente, para verificar e atestar o grau de lucidez deste;
- b) não examina o paciente, mas concede atestar as boas condições de saúde mental do paciente, delegando o exame a um auxiliar, ou não, por confiar no solicitante do atestado;
- c) atesta a sanidade, apesar da certeza do contrário, por intenção lucrativa ou outra intenção criminosa.

No primeiro caso, configura-se o profissional médico ideal – aquele que procedeu à análise do paciente e atestou a realidade segundo seu parecer. Convém sublinhar que, segundo a legislação vigente, se o profissional médico empregar em sua análise todos os meios admissíveis, de acordo com as técnicas aceitas pela medicina atual, não há que se falar de qualquer responsabilização do médico.

No segundo caso, transparece a figura do desleixo, em que é possível identificar a figura da culpa, seja ela por negligência, imperícia ou imprudência. A culpa estará configurada caso o profissional delegue a análise a outra pessoa não habilitada para a função ou deixe de proceder à análise, mesmo que por boa-fé, associada a desconhecimento, em nível jurídico, da gravidade dessa conduta e dos respectivos efeitos que poderá causar. Em decorrência de tal ato, aquele que se sentir prejudicado poderá requerer vultosa quantia, a título de indenização, como no caso de transação imobiliária, por exemplo.

Na terceira hipótese, em se tratando da esfera penal, há que se falar em crime. A conduta dolosa, com o intuito de concretizar uma fraude, configura crime, independentemente do proveito pecuniário ou não do profissional. Na esfera civil, independentemente de condenação criminal, o fato ensejará indenização.

4.5 A responsabilidade médica nas declarações perante os serviços cartoriais

Qual é a responsabilidade médica nas declarações prestadas perante os serviços notariais e de registro? Para se responder a tal questionamento deve-se entender o significado jurídico de responsabilidade. Estimam-se, atualmente tramitando nos tribunais brasileiros, cerca de dez mil processos contra médicos, por alegadas más práticas no exercício profissional. Grande parte de tais processos inclui a argüição de responsabilidade civil. Vale, em primeiro lugar, lembrar que nem todo mau resultado é sinônimo de erro médico; em segundo, que não se deve omitir a existência da má prática médica e a conseqüente necessidade ou obrigatoriedade de reparação aos prejudicados. É também importante salientar que a boa prática médica é, sempre e sempre, decorrente de um equilíbrio entre as disponibilidades da técnica e da ciência e a arte do bom relacionamento

médico-paciente. Nem sempre a solicitação de exames de alta complexidade significa competência e diligência do médico. Não se quer dizer que se deva deixar para trás o que existe de mais moderno e mais apropriado no atendimento às necessidades do paciente, mas que toda essa "medicina armada", quando exercida sem os devidos cuidados de um bom relacionamento profissional – notadamente quando há um resultado adverso, não evita que o paciente busque compensação nos tribunais. Entre outros cuidados, frente às possíveis alegações de má prática médica, está a obrigação de o médico registrar os eventos e as circunstâncias do atendimento. Se aberto o processo ético ou judicial, mesmo que o seu andamento seja demorado, não deve ser negligenciado. A situação de revel é muito comprometedora e desfavorável. E mais: o médico não deve considerar a existência de uma alegação de má prática como sinônimo de incompetência profissional e o processo, uma seqüência de atos destituídos de importância. Deve o médico, em todos os casos, dispor de um procurador legal, reconhecendo que os atos tratados pelo viés do Direito são pertinentes à especialidade e às atividades do advogado. Os depoimentos das testemunhas e dos especialistas são muito importantes e constituem-se em evidências que certamente serão consideradas no julgamento.

Em alguns países, como nos Estados Unidos, diante da possibilidade de maiores prejuízos emocionais ou financeiros e do risco de condenação no julgamento, é comum as partes serem motivadas a um acordo fora do tribunal. Consideram que nem sempre é recomendável esperar pelo "dia de julgamento" para provar que não se cometeu nenhum erro. Mesmo assim, trata-se de decisão muito pessoal, devendo ser analisada caso a caso e sempre com a orientação de um procurador jurídico. Lá, também, dá-se muito valor ao depoimento dos peritos médicos, especialistas no assunto em litígio, levados por ambas as partes. Ainda que em alguns casos surjam os chamados "peritos profissionais", que sempre

testemunham em tribunais, sendo por isso bastante conhecidos por juízes e advogados, em tese, podem eles contribuir decisivamente nos aspectos técnicos da questão, mesmo que o mérito da causa em análise seja da livre convicção do magistrado.

Convém assinalar que as possibilidades crescentes de queixas contra má prática já começam a produzir efeitos adversos na atuação cotidiana do médico, que, por receio de se tornar alvo de queixas, passa a adotar medidas acautelatórias, como a exigência de exames cada vez mais complexos, que oneram a prestação dos serviços. A sociedade, por sua vez, percebe que tal prática resulta, necessariamente, no aumento do custo financeiro para o profissional e para o paciente. O exagero nos pedidos de exames subsidiários mais sofisticados, por um lado, a omissão em procedimentos de alto risco, por outro lado, ao que se somam os pedidos cada vez mais freqüentes de aposentadoria precoce contribuem mais e mais para a consolidação da "medicina defensiva", posicionamento esse que, por constituir fator de diminuição da assistência aos pacientes de maior risco, expõe-nos a uma série de efeitos secundários ou ao agravamento da saúde e dos níveis de vida do conjunto da sociedade.

Mesmo que a criação dos fundos mutuários coletivos para ressarcimento de dano seja uma alternativa viável e honesta, isto não contribui para a melhoria das relações médico-paciente nem para a qualidade da assistência médica. Apenas protege os interesses patrimoniais do médico e do cliente. Não será também com o protecionismo do chamado "espírito de corpo" que tal questão será resolvida. Infelizmente os erros existem e os pacientes não podem continuar a ser vítimas dos danos causados pela má prática, principalmente quando ela traz o traço indelével da negligência e da imprudência. É necessário que se enfrentem tais situações com dignidade e respeito, dentro das regras que

fundamentam o estado de direito, sem usar de expedientes que no fundo estão maculados pela fraude e pela má-fé.

Quando um profissional atesta a sanidade de um indivíduo, é necessário, no mínimo, algum contato direto para exame. Casos há nos quais, para prestar favor a um amigo, um médico simplesmente declara a lucidez da avó octogenária daquele, que, muitas vezes, não tem mais lucidez para a prática dos atos da vida civil, e residente em outra cidade. Tal declaração é concedida por amizade, sem que o médico conheça a idosa. Com base nesse atestado, parentes inescrupulosos podem levar a paciente a um cartório, forçá-la a responder a perguntas do tabelião. Este, confiante na declaração médica, lavrará o ato, permitindo, muitas vezes, a alienação de todos os bens daquela senhora desprotegida, além de prejudicar outros parentes.

Daí a importância da atenção do médico ao emitir declarações de sanidade ou lucidez. É ato de extrema importância, gera efeitos, inclusive patrimoniais, e dele decorrerá responsabilidade para o médico, dependendo da forma como este tenha efetuado a análise, e do nexo causal, o que poderá ser apurado em procedimento próprio.

Em sentido amplo, pode uma instituição ser entendida como um conjunto de procedimentos, de normas e de conceitos que, aceitos e praticados repetidamente no âmbito de determinado grupo social, tornam-se a ferramenta útil e necessária à solução de seus problemas de inter-relacionamento. Nesse plano conceitual amplo é que se pode conceber o atestado como uma instituição, criado que foi, sem dúvida, para uma finalidade certa e definida, qual seja a de demonstrar a verdade de determinado ato ou de determinada situação, estado ou ocorrência. A utilidade e a segurança do atestado estão intrinsecamente vinculadas à certeza de sua veracidade. Assim é que uma declaração duvidosa reveste-se, no campo das relações sociais, do mesmo valor de uma declaração falsa, exatamente por

não imprimir um conteúdo de certeza ao seu próprio objeto. A natureza institucional do atestado, o seu conteúdo de fé pública e o pressuposto de verdade e certeza que lhe é inerente justificam, sobejamente, a preocupação e o interesse que desperta. Isto facilmente se constata pelas repetidas abordagens do tema em inúmeros encontros e simpósios médicos, jurídicos, éticos e sociais.

Examinada a questão sob o ponto de vista da realidade social, observa-se que, infelizmente, encontram-se muitos e muitos atestados desmerecedores da fé pública que lhes deve ser atribuída. Lamentável ocorrência tanto pode proceder da pusilanimidade do próprio atestante, como da conduta viciada do beneficiário dissimulador e fraudulento.

Qualquer que seja a situação, atestante e beneficiário estarão sempre envolvidos em responsabilidade conjunta e solidária, capaz de produzir efeitos diversos e funestos, tanto no campo ético-profissional, como no jurídico-social. A concessão de atestados gratuitos pode, então, debitar-se não apenas a profissionais irresponsáveis, que vêm nos respectivos códigos de ética simples manuais de boas maneiras, mas também a interessados desprovidos de formação moral que buscam, através desse valioso instrumento, a criminosa obtenção de vantagens escusas. Seria impossível apontar um médico que, em algum momento de sua vida profissional, já não tenha sido assediado por amigos, pacientes ou familiares, em busca de "atestados de doença" por via dos quais pretendem livrar-se de embaraços administrativos. Questões banais como a ausência de um filho ao colégio, o não comparecimento a uma assembléia de entidade de classe ou um final de semana prolongado motivam o pedido de atestado médico justificador das faltas, agregando-se à solicitação, não raro, a manifestação de que "todo mundo faz isso", que não há prejuízo para o médico, que não haverá publicidade da concessão e tantas outras desculpas. Se é verdade que muitos médicos resistem, igualmente certo é que, em alguns casos, o profissional, levado por considerações de amizade ou laços familiares, ou ainda por

descaso das próprias responsabilidades, cede, expedindo atestado gracioso ou falso, proibido pelo Código de Ética e tipificado como conduta punível pela legislação penal.

O médico seguro das suas funções, responsável por suas deliberações civis, penais ou administrativas, encarregado de averiguações periciais da formulação de atestados de óbitos, de retratar o instante orgânico para as diferentes necessidades requeridas, não pode, por simples condição graciosa ou em busca de valores pecuniários, embair-se por tais pensamentos. Tanto o atestado gracioso quanto o de efeito lucrativo se miscigenam na mesma hierarquia ética e não merecem apelo, senão a inconformidade da justiça.

A displicência ética, arraigada à prática diária, ou um lamentável desejo mercantilista induzem à proliferação, na medicina brasileira, da concessão de atestados graciosos. Sem dúvida, a liberalidade na outorga desse valioso instrumento é nociva aos médicos e à própria medicina, por abalar a credibilidade de ambos perante a sociedade, a qual, ademais, perde um instrumento útil que, pela prática fraudulenta, já não atende à finalidade original. O mais grave, e o que mais indigna, é a posição de alguns ao considerar a prática delituosa como um procedimento destituído de importância, justificável em diversas circunstâncias, esquecendo-se de que, se o ato isolado tem pouca repercussão social, é exatamente a soma desses diversos atos isolados que vai corroendo a instituição, denegrindo-lhe a imagem até apagá-la totalmente de entre as coisas serias e úteis. Perigoso, também, generalizar-se a conduta judicial, partindo-se do entendimento a priori de que todos os atestados médicos sejam graciosos, e assim punindo quem corretamente atestou o que constataria, de fato, acerca do paciente. Tal generalização não contribui em nada para o resgate da credibilidade necessária à valorização do atestado médico.

Cumpra ser vista a matéria como problema de toda a categoria e da própria sociedade. Deliberações individuais quanto a expedir ou não o atestado correrão sempre o risco de envolverem-se em interesses pessoais, quer pecuniários, quer de solidariedade ou amizade, tendendo a soluções divergentes, adotadas segundo padrões que não expressarão a moralidade da categoria e da sociedade. Aliás, é exatamente a conduta ética, irreprochável, o que se espera do profissional médico, expressar no Código de Ética Médica, instrumento de consulta freqüente obrigatória, aos quais se somam ainda os textos de outras resoluções e pareceres, cuja atualização deve ser buscada com o mesmo interesse despertado por uma nova modalidade terapêutica.

Que dizer sobre expedição de atestado em desacordo com as normas vigentes, sob a alegação de seu desconhecimento? É pouco razoável admitir-se que um médico, beneficiário de longa formação, desenvolvida em diversos graus e em convivência diária com o conjunto das pessoas, possa argumentar que desconhece a proibição de conceder atestado falso ou a respeito do que não constatara pessoalmente. Além da ausência de verossimilhança no argumento, deve-se ter presente o princípio de que a lei e as normas em geral obrigam a todos, já pela sua expedição e publicação. Seu conhecimento é dever cívico e, na interpretação de Aníbal Bruno²⁹, "se o cidadão falta a esse dever, não pode tirar proveitos disso, eximindo-se da pena". A própria Lei de Introdução ao Código Civil³⁰, ferramenta geral de interpretação das normas legais, determina que "a ignorância ou a errada compreensão da lei não exime da pena".

A freqüente abordagem do tema em diversos fóruns especializados demonstra, só por si, a preocupação que a matéria tem despertado e revela o esforço educativo que os vários conselhos de Entidades profissionais vêm desenvolvendo. Parece ser uma boa maneira de

²⁹ BRUNO, Aníbal. **Direito Penal** :parte geral. Tomo I vol I. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

³⁰ BRASIL. Decreto-Lei n.º 4.657, de 04 de setembro de 1942. (Lei de Introdução ao Código Civil)

se apresentar aos médicos a importância de seu atestado e, principalmente, as consequências oriundas de tais atos perante o mundo jurídico.

5. CONCLUSÃO

Como se viu preliminarmente, a matéria aqui versada não desperta a preocupação exclusiva da ciência médica. Também a ciência jurídica dela se ocupa. Justifica-se, pois, servirmo-nos do significado jurídico para nele moldar o conceito de atestado médico. É assim que em SILVA, dicionarista especializado, colhemos a indicação de que: atestado indica o documento em que se faz **atestação**, isto é, em que se afirma a veracidade de certo fato ou a existência de certa obrigação. É assim o seu instrumento.³¹

Obtido o conceito genérico de atestado e agregando-se a ele o componente médico, chega-se à conclusão de que atestado médico é documento de conteúdo informativo, exarado por médico, como "atestação" de ato por ele praticado. Confirmada por atestado médico a veracidade de determinado fato ou a existência de certa obrigação, poderá o beneficiário da declaração pleitear os direitos advindos daquilo que foi declarado. Expedido no exercício de profissão regular, o atestado médico é verdadeiro por presunção; sua recusa propicia o oferecimento de reclamações tendentes à garantia dos direitos representados pela declaração.

Em busca de se preservar a confiabilidade do atestado médico, apontam-se aqui algumas condições para sua expedição:

1. ser sempre exarado por médico habilitado na forma da lei;
2. ser subscrito por quem, de fato, examinou o beneficiário da declaração;
3. ser elaborado em linguagem simples, clara e de conteúdo verídico.

Assim, a inobservância de qualquer dessas condições cria a base da reprovação da conduta, o que ensejará a responsabilização civil.

³¹ SILVA, De Plácido e. **Dicionário Jurídico**. 12.ed. São Paulo: Forense, 1996.

Tratando conjuntamente do atestado e do boletim médicos, resta claro que a legislação pátria proíbe ao profissional médico fornecer atestado que não corresponda à prática de ato que o justifique, ou relatar situação diversa da realmente constatada.

É ainda da mesma legislação a proibição de que o médico se sirva de formulários de instituições públicas para atestar, mesmo a verdade, quando verificada em instituição particular. No caso do óbito, por exemplo, este somente poderá ser atestado após verificação pessoal e por quem tenha prestado assistência ao paciente, salvo nas hipóteses de verificação em plantão, como médico substituto ou por via de necrópsias ou exame médico-legal. Por outro lado, se o médico vinha prestando assistência ao paciente, atestar-lhe o óbito converte-se em obrigação, salvo na suspeita de morte violenta.

Quando o boletim médico contiver afirmação técnica à semelhança do atestado, deverá comportar-se segundo as linhas gerais que regulam a produção deste, vedando-se a informação falsa ou tendenciosa.

Todas as condutas apontadas neste trabalho relativas à participação do médico – em caráter obrigatório ou facultativo – que divergem da reta atuação profissional ensejam a responsabilização civil dos responsáveis.

Verificando-se a legislação estrangeira – como a francesa, a portuguesa, a italiana, dentre outras –, observa-se que o tratamento é semelhante ao dado pela norma brasileira. A diferença não se encontra propriamente entre as normas estrangeiras, de um lado, e, de outro, as brasileiras, mas na forma como os textos legais são aplicados lá e na efetividade da indenização a ser arbitrada. Em comparação àqueles povos, falta ao País, lamentavelmente, o costume de cumprir e aplicar a lei, e disto decorrerá a discussão a respeito do *quantum* a ser arbitrado como indenização.

A solução do problema, como sempre se verifica em questões sociais, advirá necessariamente da própria categoria. Também aqui se aplica a regra de que é melhor prevenir que remediar. Em caso contrário, na ocorrência de desvios em relação à conduta ideal, resta aplicar-se a responsabilização civil.

Cumprе ressaltar a importância da consciência ética, a qual deve, sempre, nortear os atos do cidadão comum e, especificamente, do médico e do notário, responsáveis pela preservação da dignidade no exercício das respectivas profissões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim, da versão inglesa de W. A. Pickard. São Paulo: Abril Cultural, 1973 (Col. Os Pensadores).

_____. **Tópicos**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim, da versão inglesa de W. A. Pickard. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (Col. Os Pensadores).

BRUNO, Aníbal. **Direito Penal: Parte Geral**. Tomo I, vol I. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

SILVA, De Plácido e. **Dicionário Jurídico**. 12 ed. São Paulo: Forense, 1996.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito Médico**. 6 ed., 3ª tiragem. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1998.

CAIRUS, H. F. & RIBEIRO JR., W.A. **Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LEAL, Maria José da Silva. Regimento dos Tabeliães (Ordenação de D. Diniz de 1305). In **Os Cartórios notariais do séc. XVII existentes no Arquivo Nacional da Torre do Tombo** (Lisboa): nova história. Lisboa, 1985.

PIMENTEL, Fabricio A.F.G. Registro de Títulos e Documentos: aspectos históricos e pontos contemporâneos relevantes. In GOMES NETTO, André et al. **Direito Notarial e Registral**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

MIRANDA, Pontes de. **Tratado de Direito Privado: parte geral**. Tomo I: Introdução: pessoas físicas e jurídicas. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1977.

SIDOU, J. M. Othon. O Código de Hamurabi. In **A revisão judicial dos contratos e outras figuras jurídicas**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

B – LEGISLAÇÃO

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 out. 1988.

BRASIL. Decreto Federal n.º 20.931, de 11 de janeiro de 1932. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 12 jan. 1932.

BRASIL. Decreto Federal n.º 4.726, de 09 de junho de 2003. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jun. 2003.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 08 dez. 1940.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 4.657, de 04 de setembro de 1942 (Lei de Introdução ao Código Civil). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, DF, 09 set. 1942.

BRASIL. Lei Federal n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1973; republicada em 16 set. 1975 (Suplemento); retificada em 30 out. 1975.

BRASIL. Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990; retificada em 27 set. 1990.

BRASIL. Lei Federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 set. 1990 (Edição Extra).

BRASIL. Lei Federal n.º 8.935, de 18 de novembro de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 1994.

BRASIL. Lei Federal n.º 9.534, de 10 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 dez. 1997.

BRASIL. Lei Federal n.º 10.169, de 29 de dezembro de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2000 (Edição Extra).

BRASIL. Lei Federal n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1.246, de 08 de janeiro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução WHA 20.19. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução WHA 43.24. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria n.º 20, de 03 de outubro de 2003. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria n.º 29, de 21 de outubro de 2003. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria n.º 16, de 23 de abril de 2004. Disponível em: <<http://saude.gov.br>>. Acesso em: 20 mai. 2007.

