	RELATÓRIO	Código do Documento
CLÍNICA SANTA HELENA		FORM.DT.046
	RELATÓRIO DE INDICAÇÃO DE ABORTAMENTO NECESSÁRIO (TERAPÊUTICO)	Especialidade
		Obstetrícia

Por meio deste documento, eu, Dr. (a)_____ _____(nome do médico que indicou o procedimento), registrado no CRM-SE sob o número _____, venho indicar a realização do procedimento de abortamento terapêutico (necessário), conforme permissivo legal para interrupção da gestação, de acordo com o artigo 128 do Código Penal Brasileiro, onde se lê: "Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico: Aborto necessário: I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante."

Diante do contexto, declaro que não há no momento outro meio de salvar a vida da gestante, que corre risco de morte pela situação clínica descrita a seguir:

(descrever de forma clara e detalhada os riscos de manutenção da gestação para a gestante)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

OBS.: é necessário também outro relatório escrito e assinado por médico não obstetra (preferencialmente um especialista na patologia que motivou a interrupção)

Aracaju, ____ de _____ de 20____.

_____

Assinatura e carimbo do médico

Referências: