

## **ANEXO I**

### **“ANEXO I**

#### **Declaração**

O Hospital [nome da instituição], por seu médico assistente abaixo assinado, declara que o paciente [nome do paciente], RG n° XXX, CPF n° XXX, filho de [nome dos pais], falecido em [data do falecimento], Declaração de Óbito n° XXX, apresenta como causa de óbito o CID B34.2, porém não apresenta mais risco de transmissão da doença causada pelo novo Coronavírus.

Porto Alegre, [data]

[Assinatura do médico responsável pela DO]”