



# Declaração de Óbito

Identificação

Residência

Ocorrência

Fetal ou menor que 1 ano

Condições e causas do óbito

Médico

Causas externas

Cartório

Localid. S/ Médico

1	2	Hora		3	4	
1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	Data do óbito			Cartão SUS	Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)	
5 Nome do Falecido						
6 Nome do Pai				7 Nome da Mãe		
8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado 9		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 9			14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002			
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)			Número		Complemento	16 CEP
17 Bairro/Distrito			Código		18 Município de residência	19 UF
20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública			21 Estabelecimento		Código CNES	
22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)			Número		Complemento	23 CEP
24 Bairro/Distrito			Código		25 Município de ocorrência	26 UF
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE						
27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 9	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002				
30 Número de filhos vivos	31 Perdas fetais/ abortos	32 Nº de semanas de gestação	33 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	34 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
36 Peso ao nascer	37 Número da Declaração de Nascimento Vivo					
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL						
38 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos						
39 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado						
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.						
41 Nome do Médico						
42 CRM						
43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML						
44 Município e UF do SVO ou IML						
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)						
46 Data do atestado						
47 Assinatura						
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)						
48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado 9 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outra			
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência						
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO						
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)						
Código						
53 Cartório						
Código						
54 Registro						
55 Data						
56 Município						
57 UF						
58 Declarante						
59 Testemunhas A B						