

# Declaração de Óbito Eletrônica

I Identificação	1 Tipo de óbito	2 Data do óbito	Hora	3 Cartão SUS	4 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	10 Sexo	11 Raça/Cor	12 Situação conjugal		
	13 Escolaridade (última série concluída)		Série	14 Ocupação habitual	Código CBO 2002		
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		Número	Complemento	16 CEP		
	17 Bairro/Distrito		Código	18 Município de residência	Código	19 UF	
	20 Local de ocorrência do óbito		21 Estabelecimento	Código CNES			
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)		Número	Complemento	23 CEP		
	24 Bairro/Distrito		Código	25 Município de ocorrência	Código	26 UF	
II Residência	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE						
	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível	Série	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002		
	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto		
	35 Peso ao nascer Gramas	36 Número da Declaração de Nascido Vivo					
	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL						
	37 A morte ocorreu			ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
				38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necrópsia?		
				Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID		
	III Ocorrência	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
		a	Devido ou como consequência de:				
b		Devido ou como consequência de:					
c		Devido ou como consequência de:					
d							
PARTE II Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.							
IV Fetal ou menor que 1 ano	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.						
	PARTE II						
	Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						
V Condições e causas do óbito	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico	44 Município e UF do SVO ou IML	UF		
	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	49 Acidente do trabalho	50 Fonte da informação				
	51 Descrição sumária do evento						
	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência						
	ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA						
	52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	Número	Bairro	Município	UF		
	53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data			
	56 Município				57 UF		
VI Médico	58 Declarante	59 Testemunhas					
		A	B				
VII Causas externas							
VIII Cartório							
IX Localid. S/ Médico							