



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO-GERAL DE PERÍCIAS
DEPARTAMENTO MÉDICO-LEGAL**

GUIA DE ENCAMINHAMENTO AO DML PARA NECROPSIA

1-Dados de Identificação:

Hospital: _____; Município: _____; Tel.: _____
 Data da ocorrência: ____/____/____; Data da baixa: ____/____/____; Data do óbito: ____/____/____
 Hora: ____:____; Morte violenta: () sim () não (); Morte suspeita: () sim () não
 Justificativa: _____
 Nome: _____
 Sexo: Masc.() Fem. (); Data de nascimento ____/____/____; Naturalidade: _____
 Estado civil: _____; Ocupação _____; Instrução _____
 Endereço: _____

2-Histórico do caso:

Local do óbito: Hospital () Domicílio () Via pública () Outra: _____
 Tipo do óbito: Acidente () Homicídio () Suicídio () Outros: _____
 Histórico dos eventos e tratamento realizado: _____

Resultados dos exames realizados: _____

Foi retirado algum projétil de arma de fogo do cadáver? () sim () não - Localização do projétil retirado do corpo: _____

Causa final do óbito: _____

Causa Básica do óbito: _____

Há suspeita de maus-tratos ou tortura: () sim () não

PREENCHER NO BLOCO CORRESPONDENTE

ÓBITO FEMININO DE 10 A 49 ANOS – PREENCHER

Estava grávida no momento da morte? () sim () não () ignorado

Esteve grávida nos 12 meses anteriores a morte? () sim () não () ignorado

NATIMORTO E MENORES DE UM ANO – PREENCHER

Nome do Pai: _____ Grau de instrução: _____

Ocupação: _____

Nome da Mãe: _____; Idade em anos: _____

Ocupação: _____; Grau de instrução: _____

Nº de filhos tidos: _____; Nascidos vivos: _____; Nascido mortos: _____

Duração da gestação: _____ semanas; Parto () espontâneo () operatório () fórceps () outro _____

Morte em relação ao parto: () antes () durante () depois; Peso ao nascer: _____ g

MORTE VIOLENTA – PREENCHER

TIPO: () homicídio () suicídio () acidente de trânsito () atropelamento () acidente de trabalho
() queda () afogamento () outro: _____

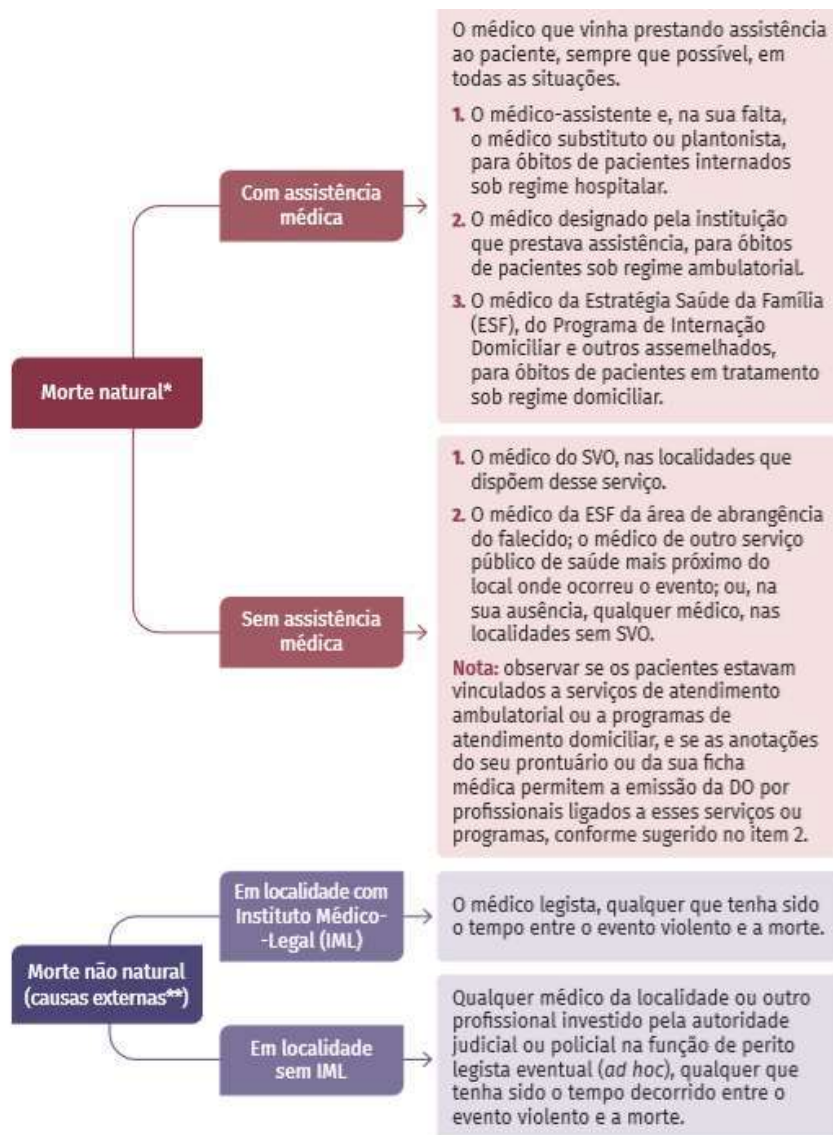
LOCAL DA OCORRÊNCIA: () via pública () domicílio () local de trabalho () outro _____
() ignorado

3. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO:

Nome do médico: _____; CREMERS: _____

Assinatura: _____ Telefone de contato: _____

Orientações para preenchimento da Declaração de Óbito – quem deve emití-la:



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

* Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

** Homicídios, acidentes, suicídios e mortes suspeitas.

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Declaração de Óbito : manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

NÃO ASSINAR A DECLARAÇÃO DE ÓBITO SE A INTERNAÇÃO/ÓBITO TIVER RELAÇÃO COM:

- Tentativa de suicídio
- Agressão física (socos, pontapés, tiros, facadas...)
- Queda de telhado, de escada e/ou da própria altura (com fratura)
- Choque elétrico
- Engasgos e/ou aspiração de leite materno, vômitos (alcoolismo/intoxicação) e/ou corpo estranho
- Afogamento
- Intoxicação exógena (drogas, álcool, medicamentos, raticidas, produtos agrícolas, venenos em geral)
- Custodiados sem causa de morte definida
- Suspeita de maus tratos e/ou negligência
- Morte súbita em bebês que dividiam a cama com adultos
- Choque anafilático (picada de abelhas, consumo de alimentos)
- Se a família suspeitar de erro profissional no atendimento prestado
- Morte em decorrência de medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo
- Morte em decorrência de desastres naturais
- Acidente de trabalho, de trânsito, doméstico, ferroviário, aéreo ou marítimo

NAS SITUAÇÕES ACIMA ESPECIFICADAS, A DECLARAÇÃO DEVERÁ SER EMITIDA EXCLUSIVAMENTE PELO(A) PERITO(A) MÉDICO(A)-LEGISTA DO DEPARTAMENTO MÉDICO-LEGAL!!!