



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

31842235-2

I Identificação	
1 Tipo de óbito <input checked="" type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 08/08/2021
3 Hora 23:00	4 Naturalidade IRATI - PR
5 Nome do Falecido Ireneilda de Lourdes Vidal Fernandes	7 Nome da Mãe IZOLINA RODRIGUES VIDAL
6 Nome do Pai ANTENOR VIDAL FERNANDES	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela
8 Data de nascimento 19/12/1963	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo
9 Idade 57	13 Escolaridade (última série concluída) Fundamental II (5ª a 8ª Série)
10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> M - Masc.	14 Ocupação habitual LAURADORA - APOSENTADA
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) BOVADO PINHO DE BAIXO	
16 CEP 84500000	17 Bairro/Distrito PINHO DE BAIXO
18 Município de residência IRATI	19 UF PR
20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	
21 Estabelecimento MAT. E CIR. NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA
23 CEP 83606177	24 Bairro/Distrito LOT. SÃO GERÔNIMO
25 Município de ocorrência CAMPO LARGO	26 UF PR
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	
27 Idade (anos) 52	28 Escolaridade (última série concluída) Fundamental II (5ª a 8ª Série)
29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	30 Número de filhos vivos 1
31 N° de semanas de gestação 37	32 Tipo de gravidez Única
33 Tipo de parto Vaginal	34 Morte em relação ao parto Antes
35 Peso ao nascer 3500g	36 Número da Declaração de Nascido Vivo
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	
37 A morte ocorreu <input checked="" type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
39 Necropsia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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 contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
a Chapele distributivo	b COVID
c	d
41 Nome do Médico Bruno Corrêa de Souza	
42 CRM 37453	43 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML
44 Município e UF do SVO ou IML CAMPO LARGO - PR	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) (47) 3136 2515
46 Data do atestado 08/08/2021	47 Assinatura Dr. Bruno Corrêa de Souza
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)	
48 Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio	49 Acidente de trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
50 Fonte da informação <input checked="" type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento IRA diabética POA em tratamento renal
Tipe de local de ocorrência do acidente ou violência <input checked="" type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio	
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Nº Bairro Município UF	