



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

Declaração de Óbito

31842234-4

I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 08/08/2021	Hora 20:40	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Boa Esperança -PR <small>Município / UF (se estrangeiro informar País)</small>
	5 Nome do Falecido JACIRA BARBOSA DOS SANTOS				
	6 Nome do Pai CLARIMUNDO BARBOSA DOS SANTOS		7 Nome da Mãe MARIA IRACI DA CONCEIÇÃO SANTOS		
	8 Data de nascimento 18/06/1970	9 Idade 51 <small>Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos</small>	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado			14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) DIARISTA (AUTÔNOMA)		
II Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA ESTANISLAU DONAUSKY			16 CEP 406	17 CEP 83512210
	17 Bairro/Distrito RESTINGA SECA	18 Município de residência ALVIRANTE TAMANDARÉ	19 UF PR		
III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado			21 Estabelecimento MAT. E CIR. NOSSA SENHORA DO RÓCIO	
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA			23 CEP 599	24 CEP 83606177
IV Fetal ou menor que 1 ano	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				
V Condições e causas do óbito	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Ignorado	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002	
	30 Número de filhos vivos 1	31 Nº de semanas de gestação 1	32 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado
VI Médico	35 Peso ao nascer 999			36 Número da Declaração de Nascimento Vivo	
	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
VII Causas externas	37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				
	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
39 Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <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.					
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
a Insuf. cardíaca respiratória					
b Insuf. cardíaca renal aguda					
c NEOPLASIA maligna uterina					
d					
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
41 Nome do Médico José Augusto MOUTINHO de SOUZA					
42 CRM 18021					
43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outro					
44 Município e UF do SVO ou IML Campos Gerais -PR					
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 41 3136 2515					
46 Data do atestado 08/08/2021					
47 Assinatura Dr. José Augusto Moutinho de Souza					
48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado					
49 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
50 Fonte de informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Ignorada					
51 Descrição sumária do evento					
52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)					
53 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada					
54 Número Bairro Município UF					