



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

Declaração de Óbito

31842287-5

I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 07/08/2021	3 Hora 23:33	4 Cartão SUS	5 Naturalidade Campo Largo - PR
	6 Nome do Falecido JEFFERSON LUIZ DA SILVA				
	7 Nome do Pai Osmilton Luiz da Silva		8 Nome da Mãe Claudete do Rocio da Silva		
	9 Data de nascimento 04/10/1983	10 Idade 37	11 Sexo 1 <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	12 Raça/Cor 1 <input checked="" type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela	13 Situação conjugal 1 <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo
II Residência	14 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		15 Idade em anos completos 37		16 Ocupação habitual Mecânico de Aplicativos (Voz)
	17 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Josi Domingues Pereira		18 CEP 83606210		
	19 Bairro/Distrito Juri Verde		20 Município de residência Campo Largo		
	21 Código 9		22 UF PR		
III Ocorrência	23 Local de ocorrência do óbito 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde		24 Estabelecimento MATE CIR NOSSA SENHORA DO ROCIO		
	25 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA		26 CEP 83606177		
	27 Bairro/Distrito Lot São Geronimo		28 Município de ocorrência CAMPO LARGO		
	29 Código 9		30 UF PR		
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	31 Idade (anos) 99		32 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		33 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)
	34 Número de filhos vivos 99		35 Nº de semanas de gestação 99		36 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	37 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		38 Peso ao nascer Gramas		
V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
	39 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a Insuficiência respiratória aguda b Suspeita de Covid-19 c d				
	41 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.				
VI Médico	42 Nome do Médico Lujan Baiard B. Leco				
	43 CRM 47.150				
	44 Óbito atestado por Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML				
	45 Município e UF do SVO ou IML Campo Largo - PR				
VII As externas	46 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)				
	47 Data do atestado 07/08/2021				
	48 Assinatura Lujan Baiard Médico				
	49 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
50 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros					51 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra
52 Descrição sumária do evento					53 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio
					54 Estabelecimento comercial 5 <input type="checkbox"/> Outros 6 <input type="checkbox"/> Ignorada