



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

## Declaração de Óbito

31842232-8

I	Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> 1 Fetal <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não Fetal	2 Data do óbito 08/08/2021	3 Cartão SUS 18:22	4 Naturalidade ENG. BELTRÃO - PR
		5 Nome do Falecido Aparecida Gomes do Prado			
		6 Nome do Pai DELVINO GOMES DE SOUZA		7 Nome da Mãe CRISTILDE GOMES DE SOUZA	
		8 Data de nascimento 19061955	9 Idade 66	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem.	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela
II	Residência	13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) DO LAR	
		15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA RIO ITAQUI		16 CEP 03322270	
		17 Bairro/Distrito WEISOPOLIS	18 Município de residência PINHAIS	19 UF PR	
		20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde		21 Estabelecimento MAT. E GR. NOSSA SENHORA DO ROSARIO	
III	Ocorrência	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA		23 CEP 83606177	
		24 Bairro/Distrito 407-SÃO HERÔNIMO	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) 99	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)	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002	
IV	Fetal ou menor que 1 ano	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos 99	31 Nº de semanas de gestação 99	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		35 Peso ao nascer Gramas	
		36 Número da Declaração de Nascimento Vivo		37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano 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	
V	Condições e causas do óbito	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 Choque distributivo b Insuficiência renal c COVID d	
		PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID R57 N17 U07.1	
		41 Nome do Médico Bruno Corrêa de Souza		42 CRM 37.403	
		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	
VI	Médico	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 413136 2515		46 Data do atestado 08/08/2021	
		47 Assinatura Dr. Bruno Corrêa de Souza		48 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	
		49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	
		51 Descrição sumária do evento		Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio	
VII	Causas externas	52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		Número	
		Bairro		Município	
		UF			