



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

Declaração de Óbito

31836199-0

I Identificação	
1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 29/05/2021 05:05
3 Cartão SUS	4 Naturalidade SANTA LUZIA-MG
5 Nome do Falecido Maria da Penha dos Santos	
6 Nome do Pai JOSE AUGUSTO	7 Nome da Mãe FRANCISCA DOS SANTOS
8 Data de nascimento 04/06/1963	9 Idade 57
10 Sexo 1 <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input checked="" type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input checked="" type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorçado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo
14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) AUXILIAR DE LIMPEZA	
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA VUADISLAU DZAZIO	
16 CEP 84022438	17 Bairro/Distrito NEVES
18 Município de residência PONTA GROSSA	19 UF PR
20 Local de ocorrência do óbito 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	
21 Estabelecimento MAT E CIRURGIÁ NOSSA SENHORA DO ROCIO	
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA	
23 CEP 83606177	24 Bairro/Distrito LOT SAO GERONIMO
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 Ignorado	28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo
29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002
30 Número de filhos vivos Nascidos vivos: 1 Perdas fetais/abortos: 1	
31 Nº de semanas de gestação 99 Ignorado	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada
33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 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
35 Peso ao nascer Gramas	36 Número da Declaração de Nascimento Vivo
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
39 Diagnóstico confirmado por: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <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 Insuficiência respiratória aguda Devido ou como consequência de: b Infecção respiratória aguda Devido ou como consequência de: c Suspeita de Covid 19 Devido ou como consequência de: d	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. Diabetes tipo II Hipertensão arterial sistêmica	
41 Nome do Médico Emanuel Freyhardt	42 CRM 42201
43 Óbito atestado por Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML Campo Largo PR
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) (41) 3136-2515	46 Data do atestado 29/05/2021
47 Assinatura Dr. Emanuel Freyhardt Médica CRM-PR 42201	
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)	
48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9
50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9	51 Descrição sumária do evento
Tipe de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	

DEFINIÇÕES:

(De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (10ª revisão) - CID-10)

1 - Nascimento vivo: É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção o qual, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

2 - Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da Mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

3 - Causas de morte: As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

4 - Causa básica de morte: A causa básica de morte é definida como: a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

LEGISLAÇÃO:

(Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973 com a redação alterada pela Lei nº 6.216, de 1975)

CAPÍTULO IX

DO ÓBITO

Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

a Retirado o campo e o correto é: FRANCISCA DOS SANTOS.

LEITIA
75.802.348/0001-00
HOSPITAL DO ROCIO
RUA APARECIDA DE OLIVEIRA Nº 599
SÃO GERÔNIMO - CEP 83.606-177
CAMPO LARGO - PR