



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

Declaração de Óbito

31842233-6

I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 08/08/2021	Hora 20:10	3 Cartão SUS	4 Naturalidade PEROIA D'OESTE - PR
	5 Nome do Falecido Roseli Maria Machado	6 Nome do Pai JOÃO MACHADO	7 Nome da Mãe OLALIA LURDES ALVES MACHADO		
	8 Data de nascimento 06/07/1972	9 Idade 49	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	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo
	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 checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	Série 9	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) COZINHEIRA	Código CBO 2002
II	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA SANTA ROSA	16 CEP 83829223	17 Bairro/Distrito SANTA TEREZINHA	18 Município de residência FAZENDA RIO GRANDE	19 UF PR
	20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros	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
III	26 UF PR	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)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	Série 9
	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002			
IV	30 Número de filhos 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 Nascido Vivo			
V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
	37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <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				
VI	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.				
VII	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	UF PR
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 4131362515	46 Data do atestado 08/08/2021	47 Assinatura Dr. Bruno Corrêa de Souza	Médico IM-PR/37403	
VIII	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente de 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	Ignorado	
IX	51 Descrição sumária do evento				
	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)				
X	53 Número				
	54 Bairro				
XI	55 Município				
	56 UF				