



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

Declaração de Óbito

31842230-1

I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 08/08/2021	Hora 14:40	3 Cartão SUS	4 Naturalidade CORNÉLIO PROSPÍDIO - PR										
	5 Nome do Falecido Antonio Beijo	6 Nome do Pai PASCOAL BEIJO	7 Nome da Mãe MARIA APARECIDA DE JESUS												
	8 Data de nascimento 25/03/1948	9 Idade 73	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	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										
II	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) GRÁFICO	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA ELZINA FRANCO DE MACEDO	16 CEP 82930300	17 Bairro/Distrito CAJURU										
	18 Município de residência CURITIBA	19 UF PR	20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros	21 Estabelecimento Mot. e Cirurgia n. São do Rosário	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Moris Aparecida de Oliveira										
III	23 CEP 83606177	24 Bairro/Distrito Bot. São Quirino	25 Município de ocorrência Campo Largo	26 UF PR	27 Idade (anos) 99										
	28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input checked="" 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)	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										
IV	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	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. a SIND. desconforto Respiratório Agudo b Pneumonia c Suspeita de COVID-19 d												
V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					ASSISTÊNCIA MÉDICA					DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:				
	41 Nome do Médico Bruna Araújo Pavan					42 CRM 40391	43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML					44 Município e UF do SVO ou IML Campo Largo PR			
VI	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 41 3136 2515					46 Data do atestado 08/08/2021					47 Assinatura Dr. B. A. Pavan				
	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio					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				
VII	51 Descrição sumária do evento					52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)					53 Endereço do local do acidente ou violência				
	54 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					55 Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada					56 Número 57 Bairro 58 Município 59 UF				