



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

Declaração de Óbito

31842236-0

I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 09/08/2021	Hora 03:00	3 Cartão SUS	4 Naturalidade CAMPOLARGO - PR
	5 Nome do Falecido DOMINGOS BORGES DOS SANTOS				
	6 Nome do Pai ANTONIO BORGES DOS SANTOS		7 Nome da Mãe JOANA CORDEIRO DE PAULA		
	8 Data de nascimento 06/08/1954	9 Idade 67	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada
II Residência	13 Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) DOMESTICO - APOSENTADO	16 CEP 83650000
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA JOAO GORSKI		Número 301	Complemento CASA	19 UF PR
	17 Bairro/Distrito BUGRE	Código	18 Município de residência BALSA NOVA	Código	19 UF PR
III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado		21 Estabelecimento MAT E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO		
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA		Número 599	Complemento	23 CEP 83606177
	24 Bairro/Distrito LOT SAO GERONIMO	Código	25 Município de ocorrência CAMPOLARGO	Código	26 UF PR
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002
	30 Número de filhos vivos 1	31 Nº de semanas de gestação 1	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
V Condições e causas do óbito	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		
	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.		39 Diagnóstico confirmado por: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
	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		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		CID		
VI Médico	41 Nome do Médico Dra. Ana Luiza Reichmann		42 CRM 10948	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 CAMPOLARGO - PR
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) (41) 31362515		46 Data do atestado 09/08/2021	47 Assinatura Dra. Ana Luiza Reichmann	
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
VII Causas externas	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio	3 <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	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 <input type="checkbox"/> Ignorada	51 Descrição sumária do evento
	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)				