



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

Declaração de Óbito

31842231-0

I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 08/08/2021 13:45	3 Cartão SUS	4 Naturalidade CAMPO LARGO - PR Município / UF (se estrangeiro informar País)
	5 Nome do Falecido Jose Ary Mocelin de Andrade			
	6 Nome do Pai OTAVIO RIBAS DE ANDRADE		7 Nome da Mãe HERMINIA MOCELIN DE ANDRADE	
	8 Data de nascimento 19/12/1938	9 Idade 82	10 Sexo 1 <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - 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
II Residência	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input checked="" 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 type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input checked="" 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) Comerciante varejista (loja)		Código CBO 2002	
III Ocorrência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA JOSE BRIGIDO DOS SANTOS		Número 750	16 CEP 83606270
	17 Bairro/Distrito OURO VERDE	Código	18 Município de residência CAMPO LARGO	Código
IV Fetal ou menor que 1 ano	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		21 Estabelecimento MAT E CIR NOSSA SENHORA DO ROIO	
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA		Número 599	23 CEP 83606177
V Condições e causas do óbito	24 Bairro/Distrito LOT SÃO GERONIMO		Código	25 Município de ocorrência CAMPO LARGO
	26 UF PR			
VI Médico	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	27 Idade (anos)	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	Série 9	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002
VII Médico	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos Perdas fetais/abortos		31 Nº de semanas de gestação	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	
VIII Médico	35 Peso ao nascer Gramas		36 Número da Declaração de Nascimento Vivo	
	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 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	
IX Médico	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID E87.2	
	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.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a <u>Acidose metabólica grave</u> Devido ou como consequência de: b <u>Insuficiência renal aguda</u> Devido ou como consequência de: c <u>Doença renal crônica</u> Devido ou como consequência de: d	
X Médico	41 Nome do Médico Dante Adriano de Prado		42 CRM 35506	43 Óbito atestado por Médico 1 <input 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 Campos Lrgo PR		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	
XI Médico	46 Data do atestado 08/08/2021		47 Assinatura DR. DANTE PRADO MÉDICO CRM/PR/35506	
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
XII Médico	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Ignorado 49 <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho 50 <input type="checkbox"/> Fonte da informação		51 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	52 <input type="checkbox"/> Ignorado		53 <input type="checkbox"/> Ignorado	