



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

Declaração de Óbito

31842237-9

I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 09/08/2021 07:55	Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade CAMPO LARGO-PR <small>Município / UF (se estrangeiro informar País)</small>		
	5 Nome do Falecido AUREO PORTELA MORAES						
	6 Nome do Pai JOSE GONCALVES MORAES		7 Nome da Mãe IZEAURA FERREIRA PORTELA				
	8 Data de nascimento 26/03/1939	9 Idade 82	Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos	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"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorçado <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Ignorada	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo						14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) PEDREIRO - APOSENTADO Código CBO 2002	
II Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) AVENIDA ADEMAR DE BARROS			Número 450	Complemento CASA	16 CEP 83.601.390	
	17 Bairro/Distrito BOM JESUS	Código	18 Município de residência CAMPO LARGO	Código	19 UF P.R.		
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 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena			21 Estabelecimento HOSPITAL DO RÓCIO Código CNES			
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA			Número 599	Complemento CASA	23 CEP 83.601.390	
IV Fetal ou menor que 1 ano	24 Bairro/Distrito LOT SAO GERONIMO	Código	25 Município de ocorrência CAMPO LARGO	Código	26 UF P.R.		
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE						
V Condições e causas do óbito	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo	Série	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002			
	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos <input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Nº de semanas de gestação <input type="checkbox"/> Ignorado	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		
VI Médico	37 ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			38 ASSISTÊNCIA MÉDICA 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: Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID			
VII Causas externas	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a Parada cardiorrespiratória Devido ou como consequência de: b Pneumonia por microrganismo não especificado Devido ou como consequência de: c Intoxicação contida gástrica Devido ou como consequência de: d Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Devido ou como consequência de: Neoplasia Maligna bexiga Neoplasia maligna secundária pulmão			10 min I46.9 03 dias J18.0 04 dias W78 04 dias I64 CG.9 C79.0			
	41 Nome do Médico MANOEL SOUZA SETTE			42 CRM 46263	43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> SVO <input checked="" type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML CAMPO LARGO P.R.	
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 41 3136-2515						46 Data do atestado 09/08/2021	47 Assinatura Dr. Manoel Souza Sette Cirurgia Geral - RQE 28106 CRM-PR 46.263
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)							
48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros						49 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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						Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada	
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)						Número	UF

75.802.348/0001-007

MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA
SENHORA DO ROCIO S. A

Rua Maria Aparecida de Oliveira Nº 599
São Gerônimo - CEP 83606 - 177

Campo Largo - PR
Leticia

- * RETIFIQUE O CAMPO 21 O CORRETO É: MATERNIDADE E CIRURGIA NOSSA SENHORA DO ROCIO
- * RETIFIQUE O CAMPO 22 O CORRETO É: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA Nº 599
- * RETIFIQUE O CAMPO 23 O CORRETO É: 83 606-177.