



I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 3 0 1 0 3 1 2 0 2 1 10h57	Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade TANABI - SP Município / UF (se estrangeiro informar País)
	5 Nome do Falecido CONCEIÇÃO APARECIDA THOMAZ GARCIA	7 Nome da Mãe CALIPSSA ALVES			
	6 Nome do Pai AFREDO JOSE THOMAZ	8 Data de nascimento 13 10 1929			
	9 Idade Anos completos: 91 Menores de 1 ano: Meses: Dias: Horas: Minutos: Ignorado: 9	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 type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	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	
II Residência	13 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		14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) PENSIONISTA		Código CBO 2002
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA ELIS REGINA		Número: 31	Complemento: CASA	16 CEP 05282050
	17 Bairro/Distrito RES SOL NASCENTE	Código	18 Município de residência SAO PAULO		Código
	19 UF SP				
III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		21 Estabelecimento HOSPITAL PAULO SICILIA MEND		Código CNES 000184
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA XV DE NOVEMBRO		Número: 885	Complemento:	23 CEP 13 200 905
	24 Bairro/Distrito CENTRO	Código	25 Município de ocorrência JUNDIAI		Código
	26 UF SP				
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) 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
	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos: 1 Perdas fetais/abortos: 1 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Nº de semanas de gestação 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	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
	35 Peso ao nascer Gramas		36 Número da Declaração de Nascido Vivo		
V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
	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 Ignorado 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				
	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado				
VI Médico	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 Insuficiência Respiratória b Edema pulmonar c d PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. Hipertensão Arterial, Síndrome Demencial Mista, Acidente Vascular Encefálico prévio				
	41 Nome do Médico CAROLINA LYDIA NORONHA		42 CRM 168123	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 Jundiaí SP		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 45832120		
	46 Data do atestado 3 0 1 0 3 1 2 0 2 1 1		47 Assinatura Carolina Lydia Noronha		
VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Ignorado	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
	51 Descrição sumária do evento				
	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)				
VIII Cartório	53 Cartório Código		54 Registro Data		55 UF
	56 Município		57 UF		