



( ) Em situação de rua

I-Responsável pelo encaminhamento

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Data e horário do encaminhamento: \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

II - Circunstâncias do óbito

Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário do Óbito: \_\_\_\_\_

Local de ocorrência do óbito: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone do local do óbito: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

III- Identificação do cadáver

Óbito: ☐ Fetal (Natimorto) ☐ Não Fetal

Nome do cadáver: \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ M ☐ F

CPF nº \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ dias \_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Raça/Cor: ☐ Amarela ☐ Branca ☐ Indígena ☐ Parda ☐ Negra

Ocupação (se aposentado, a profissão que exercia antes de se aposentar): \_\_\_\_\_

Filiação: Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Município/Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

IV-Óbitos em mulheres

A morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado

A morte ocorreu durante o puerpério: ☐ Sim, até 42 dias ☐ Sim, de 43 dias a 1 ano ☐ Não ☐ Ignorado

V-Óbitos fetais e em menores de 1 ano

Informações sobre a Mãe: Ocupação \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_

Duração da gestação (em semanas): ☐ Menos de 22 ☐ 22 a 27 ☐ 28 a 31 ☐ 32 a 36 ☐ 37 a 41 ☐ 42 e + ☐ Ign.

Tipo de gravidez: ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e + ☐ Ign. Tipo de Parto: ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado

Morte em relação ao parto: ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado Peso ao Nascer: \_\_\_\_\_ (gramas)

Nº da Declaração de Nascido Vivo: \_\_\_\_\_

VI-Informações sobre doenças pregressas	<p>Os familiares e/ou pessoas próximas informam se a pessoa falecida era portadora de alguma doença, fazia uso de medicamentos, álcool ou era tabagista? Quais?</p>
VII-Informações sobre doenças em pessoas da família	<p>Os familiares e/ou pessoas próximas informam se familiares da pessoa falecida eram ou são portadores de alguma doença, faziam ou fazem uso de medicamentos, álcool ou tabaco? Quais?</p>
VIII-Assinatura e carimbo do médico responsável pelo encaminhamento	
IX-Assinatura dos familiares que desejam a necrópsia	

**ATENÇÃO!**

**CASO A PESSOA FALECIDA TENHA RECEBIDO ASSISTÊNCIA MÉDICA E/ OU QUEM ENCAMINHA É MÉDICO (A), É NECESSÁRIO PREENCHER TAMBÉM OS ITENS QUE SEGUEM NA PRÓXIMA PÁGINA:**

**IX-Relatório médico**

Data de admissão no Hospital / Serviço: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_

☐ Chegou sem vida ao Serviço ☐ Faleceu ao receber os primeiros socorros ☐ Faleceu durante internação \_\_\_\_ dias

Quadro clínico apresentado ao chegar na Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

História Clínica e/ou Cirúrgica, com cronologia: \_\_\_\_\_

Relação dos Exames Complementares realizados, com cronologia: \_\_\_\_\_

**X-Hipótese médica da causa mortis**

Possível causa determinante do óbito: \_\_\_\_\_ (apenas uma)

Causas conseqüentes à causa acima: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (podem ser várias)

Causas associadas que contribuíram para o óbito sem determiná-lo diretamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (podem ser várias)

**XI-Identificação do médico**

Data do encaminhamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ CRM Nº \_\_\_\_\_

Médico responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Especialização do médico: \_\_\_\_\_

O médico que encaminha é o cadáver assistiu o paciente em vida? \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**ANEXAR A ESTA GUIA  
CÓPIA DO PRONTUÁRIO**