



() 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	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?
---	--

VII-Informações sobre doenças em pessoas da família	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?
---	--

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**