



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO

Declaração de Nascido Vivo

30-90004716-1

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
707 6012 5126 9296

Identificação do Recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido (RN)		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 707 6012 5126 9296	
2 Data e hora do nascimento Data: 30.05.2024 Hora: 20:35		3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> F - Feminino	4 Raça / cor do Recém-nascido 1 <input type="checkbox"/> Branca 3 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena 2 <input type="checkbox"/> Preta 4 <input checked="" type="checkbox"/> Parda
5 Peso ao nascer 3,608 em gramas	6 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º: 0,8 5º: 0,9	7 Comprimento 52 Em cm 1 casa decimal	8 Perímetro cefálico 35 Em cm 1 casa decimal
9 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			

Local da Ocorrência

7 Local da ocorrência 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena 2 <input type="checkbox"/> Outros estabelecimento 4 <input type="checkbox"/> Outros	8 Estabelecimento Amg	Código CNES	
9 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc.) Av. Nelson Pereira		Número	10 CEP
11 Bairro/Distrito Jardim II	Código	12 Município de ocorrência Tome - RJ	Código
13 UF		14 Nome Elisângela Carneiro dos Santos	

Parturiente

15 Cartão SUS 307801097779149		Código CBO 2002	
16 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 checked="" type="checkbox"/> Superior completo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) Aux. Adm.	
18 Data de nascimento 03/11/2000	19 Idade (anos) 23	20 Naturalidade Tome - RJ	21 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteira(o) 4 <input type="checkbox"/> Separada(o) judicialmente/ divorciada(o) 5 <input checked="" type="checkbox"/> União estável 2 <input type="checkbox"/> Casada(o) 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 3 <input type="checkbox"/> Viúva(o)
22 Raça / Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input checked="" type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela		23 Logradouro Rua Cacuel	
24 CEP		25 Bairro/Distrito Jardim II	
26 Município Tome - RJ		27 UF	

Resp. Legal

28 Nome	29 Idade
---------	----------

Gestação e parto

30 Histórico gestacional		31 Nº gestações anteriores		32 Nº de partos vaginais		33 Nº de cesáreas		34 Nº de nascidos vivos		35 Nº de perdas fetais / abortos	
Gestação atual		Idade Gestacional		36 Data da Última Menstruação (DUM) 09/08/23		37 Número de consultas de pré-natal 0,8		38 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal 3º		39 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
31 Data da Última Menstruação (DUM)		32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada		33 Método utilizado para estimar 1 <input checked="" type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Nº de consultas de pré-natal		35 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		36 Tipo de gravidez	
37 Apresentação 1 <input checked="" type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		38 O Trabalho de parto foi induzido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		40 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		41 Nascimento assistido por 1 <input checked="" type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetiz 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			

Anomalia congênita

41 Descrever todas as anomalias congênicas observadas

Preenchimento

42 Data do preenchimento 30/05/2024	43 Nome do responsável pelo preenchimento Angela Maria Figueiredo	44 Função 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input checked="" type="checkbox"/> Enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)
45 Tipo documento 1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF	46 Nº do documento 241666	47 Órgão emissor

Cartório

48 Cartório	Código	49 Registro	50 Data
51 Município			52 UF

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, a(o) responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.