

# Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito



Ministério da Saúde  
Fundação Nacional de Saúde

---

# **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**

**Brasília, agosto de 2001**

© 2001. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

3ª Edição

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Editor:

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde - Ascom.  
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 5º Andar – Sala 517  
CEP: 70.070-040 – Brasília/DF

Distribuição e Informação:

Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde – Centro  
Nacional de Epidemiologia, FUNASA/MS  
SAS – Setor de Autarquias Sul, Quadra 04 – Bl. N – 6º Andar, Sala 616  
Telefone: (061) 225.5938 / 314.6230  
CEP: 70.070-040 – Brasília/DF  
E-mail: sim@funasa.gov.br

Tiragem: 10.000 exemplares.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito : 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001 .

44 p. il.: 21 x 14,5cm

1. Mortalidade. 2. Sistema de Informações. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

# Apresentação

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Ministério da Saúde, em 1975, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, visando a embasar os diversos gerenciamentos em suas ações de saúde. O sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde, permitindo estudos não apenas do ponto de vista estatístico epidemiológico, mas também do sócio-demográfico.

O documento-padrão do SIM – a Declaração de Óbito (DO) (anexo I) – é resultado da padronização, efetuada em 1975, dos mais de quarenta tipos diferentes de Atestado de Óbito então em uso. O modelo atual decorre de alterações sofridas desde então, com inclusão ou alterações de variáveis, de modo a adequar a DO à atualidade epidemiológica. Para aprofundamento sobre o assunto, recomenda-se a leitura do trabalho O Atestado de Óbito (5), publicado pelo Centro Brasileiro de Codificação de Doenças (CBCD).

A legislação vigente sobre eventos vitais, entre os quais nascimentos e óbitos – Lei dos Registros Públicos (7) –, determina, no seu art. 77, que “nenhum enterramento será feito sem certidão do Oficial do Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

Este manual tem a finalidade de fornecer instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito (DO), responsabilidade, em princípio, do médico. Foi elaborado pela equipe técnica da Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde (CGAIS), órgão do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), contando com apoio do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública e do Centro Brasileiro para Classificação de Doenças em Português (CBCD), ambos da Universidade de São Paulo. Paralelamente, foi preparado também o Manual de Procedimentos (2), que explicita o papel de cada instância para o sistema.

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) é gestor em instância nacional do SIM, sendo de sua responsabilidade, por intermédio da CGAIS, as alterações do modelo, bem como as providências para impressão e distribuição dos formulários de Declaração de Óbito (DO) e dos manuais do sistema, e a divulgação das versões atualizadas dos programas do sistema informatizado, em ligação com o Datasus, órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Ao receber os dados sobre óbitos das secretarias estaduais de saúde, a CGAIS faz uma crítica dos dados e os consolida, formando a Base Nacional de Dados sobre Mortalidade, de acesso público. Desta forma, os dados do SIM podem ser obtidos não só no Anuário de Estatísticas de Mortalidade, como em CD-ROM e pela Internet, na página da FUNASA <http://www.funasa.gov.br/sis/sis00.htm>

# Sumário

1. Recomendações para o Preenchimento .....	7
2. Fluxo da Declaração de Óbito .....	9
2.1. Para Óbitos naturais ocorridos em Estabelecimentos de Saúde .....	9
2.2. Para Óbitos naturais não ocorridos em Estabelecimentos de Saúde .....	10
2.3. Para Óbitos por causas acidentais e/ou violentas .....	11
3. Instruções de Preenchimento .....	13
Bloco I - Cartório .....	13
Bloco II - Identificação .....	14
Bloco III - Residência .....	17
Bloco IV - Ocorrência .....	18
Bloco V - Óbito fetal ou Menor de um Ano .....	19
Bloco VI - Condições e Causas do Óbito .....	21
Bloco VII - Médico .....	28
Bloco VIII - Causas Externas .....	29
Bloco IX - Localidade sem Médico .....	30
4. Bibliografia .....	32
5. Anexos .....	33
Anexo I - Modelo da Declaração de Óbito .....	33
Anexo II - Códigos e Siglas das Unidades da Federação .....	34
Anexo III - Fluxo da Informação .....	35
Anexo IIIa - Óbito por causas naturais em localidades sem médico .....	36
Anexo IV - Legislação .....	37
Anexo V - Definições .....	39

# 1. Recomendações para o preenchimento

À vista dos aspectos legais envolvidos, são feitas as seguintes recomendações aos médicos responsáveis pelo preenchimento da Declaração de Óbito (DO) (anexo I):

- a DO deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais;
- o médico é o responsável por todas as informações contidas na DO. Não deve assinar uma Declaração de Óbito em branco ou deixar declarações previamente assinadas; deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos;

Deve-se observar o seguinte:

- a Declaração de Óbito é impressa em papel especial carbonado, em três vias e, antes de ser preenchida, o conjunto deverá ser destacado do bloco;
- o preenchimento deve ser feito à máquina ou em letra de fôrma com caneta esferográfica;
- devem ser evitadas, sempre que possível, emendas ou rasuras. Caso isto ocorra, o conjunto deve ser anulado e encaminhado ao setor de processamento para controle;
- evitar deixar campos em branco, colocando o código correspondente a Ignorado, ou um traço (-), quando não se conhecer a informação solicitada ou não se aplicar ao item correspondente;
- a primeira linha, que serve de título ao documento, tem um número já impresso, que se destina a identificar o evento, servindo como número de controle para o sistema.

É importante que os responsáveis pelo preenchimento o façam com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes, permitindo a identificação do processo mórbido e conduzindo

ao conhecimento do perfil saúde-doença, primeira ação de vigilância, ponto inicial do desencadeamento de ações saneadoras no campo da saúde brasileira.

## 2. Fluxo da Declaração de Óbito

As Declarações de Óbito (DO) são impressas em três vias pré-numeradas seqüencialmente, pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e distribuídas gratuitamente às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios.

O sub-registro, dependendo da eficiência do fluxo utilizado na coleta dos documentos, varia de estado para estado. É importante incentivar, por todos os meios, o registro do óbito nos cartórios, para atender não apenas à legislação vigente, como aos princípios de cidadania.

No anexo III está apresentado o fluxo preconizado pelo Ministério da Saúde para a Declaração de Óbito. O destino de cada uma das três vias é o seguinte:

**Primeira via:** recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados, na instância municipal ou na estadual;

**Segunda via:** entregue pela família ao cartório do registro civil, devendo nele ficar arquivada para os procedimentos legais;

**Terceira via:** permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, IML ou SVO, para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido.

No entanto, o fluxo varia em função de onde ocorreu e do tipo de óbito, como detalhado a seguir:

### 2.1. Para óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde

O estabelecimento onde ocorreu o falecimento preenche a DO em suas três vias. A primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca

ativa pelos setores responsáveis pelo processamento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito; esta via será retida pelo cartório, para os procedimentos legais. A terceira via ficará na Unidade Notificadora, para ser apensa aos registros médicos do falecido.

## **2.2. Para óbitos naturais não ocorridos em estabelecimentos de saúde**

- **casos de mortes naturais com assistência médica:** A Declaração de Óbito, após preenchimento pelo profissional, deverá ter a seguinte destinação:
  - a) o médico atestante encaminhará a primeira e terceira vias para a secretaria municipal de saúde;
  - b) a segunda será entregue à família, que a apresentará ao cartório do registro civil, para obtenção da Certidão de Óbito;
  - c) o cartório do registro civil reterá a segunda via para seus procedimentos legais.
- **casos de mortes naturais sem assistência médica, em localidades com médico:** ocorridos geralmente em domicílio, estes óbitos deverão ficar sob a responsabilidade do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), cujo médico preenche a DO, que deve ser recolhida pelo órgão responsável. Quando não existe SVO, qualquer médico tem obrigação de preencher o documento que segue o fluxo, descrito no item anterior;
- **casos de mortes naturais em localidades onde não haja médico:** o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparece ao cartório do registro Civil, que preenche as três vias da DO. O Oficial do registro deve conseguir a informação correspondente a cada item do documento. O Cartório retém a segunda via para seus procedimentos legais e, quando da busca ativa, entrega a primeira e a terceira vias ao órgão de processamento da secretaria de saúde.

### **2.3. Para óbitos por causas acidentais e/ou violentas**

O legista do Instituto Médico-Legal (IML) ou, no caso de não existir na localidade o IML, o perito designado para tal, preenche a DO, que segue o seguinte fluxo: A primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca ativa pelos setores responsáveis pelo processamento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito; esta via será retida pelo cartório, para os procedimentos legais. A terceira via ficará retida no Instituto Médico-Legal (IML), para ser apensa aos registros médicos do falecido.

### 3. Instruções de preenchimento

A Declaração de Óbito (DO) é composta por nove blocos de variáveis:

Bloco I – Cartório;

Bloco II – Identificação;

Bloco III – Residência;

Bloco IV – Ocorrência;

Bloco V - Óbito fetal ou menor de um ano;

Bloco VI - Condições e causas do óbito;

Bloco VII – Médico;

Bloco VIII - Causas externas;

Bloco IX - Localidade sem Médico.

A seguir serão apresentados cada bloco e o modo de preenchimento de suas variáveis.

O número da Declaração de Óbito é previamente atribuído e grafado na primeira linha.

#### • Bloco I - Cartório

Este bloco se destina a colher informações sobre o cartório do registro civil onde foi registrado o falecimento. **O preenchimento deste bloco é de exclusividade do Oficial do Registro Civil.**

- **Campo 1 – Cartório:** colocar o nome do cartório.

1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
4 Município	5 UF	6 Cemitério	

- **Código:** o código referente ao cartório será preenchido pelo setor responsável pelo processamento.
- **Campo 2 – Registro:** anotar o número que foi dado ao registro.
- **Campo 3 – Data:** anotar a data em que foi efetuado o registro. O ano deve conter quatro algarismos.

- **Campo 4 – Município:** colocar o nome do município onde se localiza o cartório.
- **Campo 5 – UF:** colocar a sigla da unidade da federação onde se localiza o cartório.
- **Campo 6 – Cemitério:** colocar o nome do cemitério onde será feito o sepultamento.

## • Bloco II – Identificação

Este bloco se destina a colher informações gerais sobre a identidade do falecido e dos pais, em caso de óbito fetal ou de menor de um ano.

1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
4 Município	5 UF	6 Cemitério	

- **Campo 7 – Tipo de Óbito:** colocar um x na quadrícula correspondente ao tipo de óbito, se fetal ou não, cujo conceito é dado no anexo V.
- **Campo 8 – Óbito:** destina-se a colher informações sobre o momento temporal de ocorrência do evento.
  - **Data:** anotar a data em que ocorreu o óbito. O ano deverá conter quatro algarismos.
  - **Hora:** anotar a hora em que ocorreu o óbito. Este dado é de importância para o cartório.
- **Campo 9 – RIC:** este campo foi criado prevendo a utilização do registro de identificação civil, número único para cada cidadão, de acordo com a Lei nº 9.454, de 07/04/1997 (3). Deve-se passar um traço neste campo nos estados onde o RIC não tiver ainda sido implantado.
- **Campo 10 – Naturalidade:** colocar o nome do município de onde era natural o falecido, com a sigla da respectiva unidade da federação. Em caso de desconhecimento do município, colocar a sigla do estado. Em caso de estrangeiros, anotar o país de origem. Se a naturalidade não for conhecida, colocar um traço (-).

- **Campo 11 – Nome do Falecido:** anotar o nome completo do falecido.
- **Campo 12 – Nome do Pai:** anotar o nome completo do pai do falecido, principalmente em caso de óbito fetal ou de menor de um ano de idade.
- **Campo 13 – Nome da Mãe:** anotar o nome completo da mãe do falecido, principalmente em caso de óbito fetal ou de menor de um ano de idade.

Data de Nascimento				Idade				Sexo		Raça/cor					
				Anos completos	Menores de 1 ano		Ignorado	<input type="checkbox"/> M - Masc.	<input type="checkbox"/> F - Fem.	<input type="checkbox"/> 1 - Branca	<input type="checkbox"/> 2 - Preta	<input type="checkbox"/> 3 - Amarela			
				Meses	Dias	Horas	Minutos	<input type="checkbox"/> I - Ignorado.		<input type="checkbox"/> 4 - Parda	<input type="checkbox"/> 5 - Indígena				

- **Campo 14 - Data de Nascimento:** anotar a data de nascimento do falecido. O ano deverá conter quatro algarismos.
- **Campo 15 – Idade:** Colocar a idade do falecido, como a seguir:
  - **Anos Completos:** colocar a idade do falecido em anos completos, quando for igual ou maior que um ano, ou quando a idade presumida estiver dentro destes limites;
  - **Menores de um ano:** quando a idade do falecido for menor que um ano, este campo deverá ser preenchido do seguinte modo:
    - até um ano:** colocar o número de meses completos de vida, se a criança tiver morrido com mais de um mês e menos de doze meses;
    - até um mês:** colocar o número de dias de vida, no caso em que a criança tenha morrido com mais de um dia e menos de trinta dias;
    - até um dia:** colocar o número de horas de vida, se a criança tiver morrido com mais de uma hora e menos de vinte e quatro horas;
    - até uma hora:** colocar, se possível, o número de minutos de vida, se a criança tiver morrido com menos de sessenta minutos.
- **Campo 16 – Sexo:** assinalar com um x a quadrícula correspondente ao tipo de sexo: **M** se masculino, **F** se feminino e **I** se ignora-

do, que só deverá ser preenchido em casos especiais, quando for de todo impossível o conhecimento do sexo.

- **Campo 17 - Raça/Cor:** assinalar a quadrícula correspondente com um **x**. Lembrar que esta variável não admite a alternativa Ignorada. Em caso de o óbito ser de indígena, marcar a quadrícula 5 e anotar à parte a etnia correspondente. Esta variável não se aplica a óbito fetal.

<input type="checkbox"/> Cartório	Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data
<input type="checkbox"/> Município	<input type="checkbox"/> UF	<input type="checkbox"/> Cemitério	

- **Campo 18 – Estado Civil:** assinalar com um **x** a quadrícula correspondente ao estado civil do falecido. Não deve ser preenchida em caso de óbito fetal.
- **Campo 19 – Escolaridade:** este campo não deve ser preenchido em caso de óbito fetal. A quadrícula correspondente ao grau de escolaridade do falecido deverá ser assinalada com um **x**, lembrando que este campo se refere ao número de anos de estudos concluídos com aprovação:
  - 1 - **Nenhuma:** não sabe ler e escrever;
  - 2 - **de um a três anos:** curso de alfabetização de adultos, primário ou elementar, primeiro grau ou fundamental;
  - 3 - **de quatro a sete anos:** primário ou elementar, primeiro grau, ginásio, fundamental ou médio primeiro ciclo;
  - 4 - **de oito a 11 anos:** primeiro grau ou fundamental, ginásio ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo;
  - 5 - **12 e mais:** segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo e superior;
- 9 - **Ignorado:** se não houver como saber a escolaridade.
- **Campo 20 - Ocupação Habitual e Ramo de Atividade:** este campo não deve ser preenchido para óbitos fetais nem para crianças com menos de cinco anos de idade. Ocupação habitual é o

tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação. Não preencher com ocupações vagas, como vendedor, operário, etc, mas com o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operário têxtil, etc.

No caso de o falecido ser aposentado, deve ser colocada a ocupação habitual anterior. Anotar estudante se o falecido, por ocasião do óbito, apenas estudava e não desenvolvia nenhuma atividade regularmente remunerada.

O código correspondente à ocupação será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

### • Bloco III – Residência

Este bloco foi desmembrado do Bloco Identificação dos modelos anteriores, por questões operacionais, embora esta variável faça parte do conjunto de identificação do falecido.

21 Logradouro ( Rua, praça, avenida, etc.)	Código	Número	Complemento	22 CEP
23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código	25 UF

- **Campo 21 – Logradouro:** anotar o endereço completo, com número e complemento.

O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

- **Campo 22 – CEP:** este campo se refere ao Código de Endereçamento Postal, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.
- **Campo 23 - Bairro/Distrito:** anotar o bairro ou distrito do logradouro.

O código correspondente será preenchido pelo setor responsável pelo processamento dos dados.

- **Campo 24 - Município de Residência:** colocar o nome do município onde residia habitualmente o falecido. Em caso de óbito fetal, considerar o município de residência da mãe.

O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados, utilizando o padrão do IBGE.

- **Campo 25 – UF:** anotar a sigla da unidade da federação correspondente.

#### • **Bloco IV – Ocorrência**

Este bloco foi desmembrado do Bloco de Identificação, dos modelos anteriores. Destina-se a colher informações sobre o local (área física e não geográfica) onde ocorreu o óbito.

1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
4 Município	5 UF	6 Cemitério	

- **Campo 26 - Local de Ocorrência do Óbito:** É indispensável assinalar com um **x** a quadrícula correspondente:
  - 1 - **Hospital:** se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica, em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas com assistência médica permanente de pelo menos um médico (4).
  - 2 - **Outros Estabelecimentos de Saúde:** se o óbito ocorreu em outros estabelecimentos que prestam atenção à saúde coletiva ou individual, que não sejam hospitais, como, por exemplo, postos e centros de saúde;
  - 3 - **Domicílio:** se o óbito ocorreu em um domicílio;
  - 4 - **Via Pública:** se o óbito ocorreu em uma via pública;
  - 5 - **Outros:** se o óbito não ocorreu em um estabelecimento de saúde, nem em domicílio ou em via pública;
  - 9 - **Ignorado:** se não houver como saber onde ocorreu o óbito.
- **Campo 27 – Estabelecimento:** este campo se refere ao nome do estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito, devendo ser

preenchido apenas quando a informação prestada no **campo 26** (local de ocorrência) tiver sido a alternativa **1- Hospital** ou **2 - Outros Estabelecimentos de Saúde**.

O código para o estabelecimento será preenchido pelo setor responsável pelo processamento dos dados, segundo o respectivo cadastro.

- **Campo 28 - Endereço da Ocorrência:** preencher com o endereço completo. Este campo deverá ser preenchido quando o óbito tiver ocorrido fora de um estabelecimento de saúde ou da residência do falecido, principalmente quando a informação prestada no **campo 26** (Local de Ocorrência) tiver sido a alternativa **4 - Via Pública** ou **5 - Outros**.
- **Campo 29 – CEP:** este campo se refere ao Código de Endereçamento Postal, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.
- **Campo 30 - Bairro/Distrito:** anotar o bairro ou distrito do logradouro.

O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

- **Campo 31 - Município de Ocorrência:** colocar o nome do município onde ocorreu o óbito.

O código corresponde ao do IBGE e será colocado no setor responsável pelo processamento dos dados.

- **Campo 32 – UF:** anotar a sigla do estado correspondente ao município onde ocorreu o óbito.

#### • **Bloco V - Óbito Fetal ou Menor de um Ano**

Este bloco se destina a colher informações sobre a mãe, no que se refere à idade, grau de escolaridade, ocupação, gestação, tipo de parto e peso do filho ao nascer. Deve ser obrigatoriamente preenchido em casos de óbito fetal ou óbito em menor de um ano.



Lembrar que esta variável inclui o nascido morto a que se referir a Declaração.

<b>37</b> Duração da gestação ( Em semanas ) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>38</b> Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada	<b>39</b> Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>40</b> Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
<b>41</b> Peso ao nascer <input type="text"/> Gramas			<b>42</b> Num.da Declar. de Nascidos Vivos <input type="text"/>

ASSISTÊNCIA MÉDICA

- **Campo 37 - Duração da Gestação:** assinalar com um x a quadrícula correspondente à duração da gestação, expressa em semanas.
- **Campo 38 - Tipo de Gravidez:** assinalar com um x a quadrícula correspondente ao tipo de gravidez. Cada alternativa se refere ao número de conceptos para cada tipo, isto é, um feto, dois, três ou mais.
- **Campo 39 - Tipo de Parto:** o tipo de parto deverá ser informado com a colocação de um x na quadrícula correspondente. A alternativa “Vaginal” inclui todos os partos por via baixa, incluindo fórceps e vácuo-extrator.
- **Campo 40 - Morte em Relação ao Parto:** assinalar com um x a quadrícula correspondente ao óbito em relação ao parto, isto é, se ocorreu antes, durante ou depois.
- **Campo 41 - Peso ao Nascer:** anotar o peso em gramas (quatro algarismos).
- **Campo 42 - Número da Declaração de Nascido Vivo:** anotar o número da Declaração de Nascido Vivo (DN).

- **Bloco VI – Condições e Causas do Óbito**

Este bloco se destina a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. Contempla o modelo internacional de Atestado de Óbito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1948.

**O preenchimento deste bloco é de responsabilidade exclusiva do médico** e deverá ser preenchido para qualquer tipo de óbito, fetal ou não fetal.

# 1. Óbitos em Mulheres

Os campos 43 e 44 devem ser preenchidos somente para os casos de óbitos em mulheres na idade considerada fértil, adotada a faixa de 10 a 54 anos.

ÓBITOS EM MULHERES					
43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto ?			44 A morte ocorreu durante o puerpério ?		
<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Sim, até 42 dias	<input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano	
			<input type="checkbox"/> 3 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	

- **Campo 43 - A Morte ocorreu durante a Gravidez, Parto ou Aborto?:** neste campo, informar com um **x**, na quadrícula correspondente, se o óbito ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto. A resposta **Sim** se aplica tanto à gravidez quanto ao parto ou aborto.
- **Campo 44 - A Morte ocorreu durante o Puerpério?:** assinalar com um **x** a quadrícula correspondente, do seguinte modo:
  - 1 - **Sim, até 42 dias:** se o óbito ocorreu durante os primeiros 42 dias do puerpério;
  - 2 - **Sim, de 43 dias a um ano:** se o óbito ocorreu entre o 43º e o 365º dia do puerpério;
  - 3 - **Não:** se a morte não teve relação com os períodos acima;
  - 9 - **Ignorado:** se a informação não puder ser conseguida.

ASSISTÊNCIA MÉDICA		
45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte ?		
<input type="checkbox"/> 1 - Sim	<input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> 9 - Ignorado

- **Campo 45 - Recebeu Assistência Médica durante a Doença que ocasionou a Morte?:** assinalar com um **x** a quadrícula correspondente à alternativa escolhida. Este campo deve ser preenchido com cuidado: a resposta **Sim** significa que o falecido, durante a doença que ocasionou a morte, teve uma assistência médica todo o tempo; a resposta **Não** significa que o falecido não teve assistência médica continuada, talvez tendo apenas por ocasião do óbito.

## 2. Diagnóstico confirmado por:

Este campo se destina a colher informações subsidiárias ao diagnóstico, para uma melhor confirmação do mesmo. Marcar com um x a quadrícula correspondente à resposta, em cada um dos três campos abaixo (46, 47 e 48):

<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b> 46 Exame complementar ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	47 Cirurgia ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	48 Necrópsia ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
--	--	---

- **Campo 46 - Exame Complementar?:**
- **Campo 47 - Cirurgia?:**
- **Campo 48 - Necrópsia?:**
- **Campo 49 - Causas da Morte:** o correto preenchimento deste campo fornece valiosa informação para a construção do perfil epidemiológico da população para as três instâncias: federal, estadual e municipal. O conceito de causa de morte está descrito no anexo V - Definições.

A causa básica é definida como **a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.**

As causas da morte são preenchidas pelo médico e posteriormente recebem um código segundo a CID-10(6). As áreas sombreadas em frente a cada alínea não devem ser preenchidas pelo médico, mas por técnicos do setor de processamento de dados, mais especificamente pelos codificadores. Não devem ser incluídos sintomas e causas terminais, como insuficiência cardíaca ou insuficiência respiratória.

A declaração das causas de morte é feita no “Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte”, utilizado em todos os países e recomendado pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1948. Este modelo consta das partes I e II, ressaltando-se que a parte I apresenta uma quarta linha **d**, não existente nos modelos anteriores.

● **Parte I:**

03 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Devido ou como consequência de :		
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de :		
		c	Devido ou como consequência de :		
		d	Devido ou como consequência de :		

Tradicionalmente, as estatísticas de mortalidade segundo causas de morte são produzidas atribuindo-se ao óbito uma só causa, chamada causa básica, definida anteriormente. A causa básica, em vista de recomendação internacional, tem que ser declarada na última linha da parte I, enquanto que as causas consequenciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas anteriores.

É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, para que se tenha dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população.

Nos casos de óbitos fetais, **não** se deve anotar o termo “natimorto”, mas sim a causa ou causas do óbito fetal.

● **Parte II:**

<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas **causas contribuintes**.

- **Tempo aproximado entre o início da doença e a morte:** este espaço deverá sempre ser preenchido. O que se pretende é estabelecer o tempo aproximado entre o início do processo mór-

bido e a morte, embora isto nem sempre seja possível, como nos casos de doenças crônicas ou degenerativas. Quando este tempo não puder ser estabelecido, anotar Ignorado.

Os exemplos a seguir esclarecem melhor o modo do preenchimento destas duas partes:

**Exemplo 1:** Paciente tinha febre tifóide e apresentou perfuração intestinal, falecendo em consequência de peritonite. Neste caso, a causa básica é **febre tifóide** e as complicações, ou causas consequenciais, são a **perfuração intestinal** e a **peritonite**. Esta última é chamada consequencial terminal ou simplesmente causa terminal. O atestado deverá ser preenchido da seguinte maneira:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	<b>Peritonite</b>	Devido ou como consequência de :	6 dias		
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica					
b	<b>Perfuração Intestinal</b>	Devido ou como consequência de :	6 dias		
c	<b>Febre Tifóide</b>	Devido ou como consequência de :	10 dias		
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 2:** A criança apresentou sarampo e teve como complicação broncopneumonia, falecendo em consequência desta. Neste caso, a causa básica **sarampo**, deu origem à **broncopneumonia**, que foi a causa terminal. O atestado poderá ser preenchido como abaixo, sendo que a causa básica foi registrada na alínea “b”, ficando as demais em branco.

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	<b>Broncopneumonia</b>	Devido ou como consequência de :	2 dias		
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica					
b	<b>Sarampo</b>	Devido ou como consequência de :	7 dias		
c					
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 3:** Pedestre atingido por caminhão sofreu fraturas múltiplas, falecendo em consequência do choque traumático. Neste caso, a causa básica é **pedestre golpeado por caminhão** (acidente de trânsito), conforme abaixo:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a <b>Choque Traumático</b>					
Devido ou como consequência de:					
b <b>Fraturas Múltiplas</b>					
Devido ou como consequência de:					
c <b>Pedestre Golpeado por Caminhão</b>					
Devido ou como consequência de:					
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 4:** Falecimento de homem com **traumatismo cranioencefálico** como consequência de **disparo intencional de arma de fogo**. A causa básica é a causa externa, como abaixo:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a <b>Traumatismo Cranioencefálico</b>					
Devido ou como consequência de:					
b <b>Disparo Intencional de Arma de Fogo</b>					
Devido ou como consequência de:					
c					
Devido ou como consequência de:					
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 5:** Falecimento de homem com **choque hemorrágico** devido a esmagamento de órgãos internos, causado pelo **impacto de queda de árvore sobre seu corpo**. Neste caso as causas da morte são:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a <b>Choque Hemorrágico</b>					
Devido ou como consequência de:					
b <b>Esmagamento do Tórax</b>					
Devido ou como consequência de:					
c <b>Impacto da Queda de Árvore Sobre o Corpo</b>					
Devido ou como consequência de:					
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 6:** Criança de seis meses deu entrada no Pronto-Socorro com história de três dias de diarreia, que se intensificou nas últimas doze horas. Examinada, mostrava-se desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de intensa **desidratação**, evidências de **desnutrição**. O preenchimento deve ser feito da seguinte forma:

Os dois exemplos a seguir se referem a óbitos fatais:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	<b>Desidratação</b>	<b>Ignorado</b>	
Devido ou como consequência de :					
CAUSAS ANTECEDENTES		b	<b>Diarreia</b>	<b>3 dias</b>	
Devido ou como consequência de :					
		c	<b>Desnutrição</b>	<b>Ignorado</b>	
Devido ou como consequência de :					
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 7:** Membranas rompidas prematuramente com trinta e três semanas de gestação. Desenvolvimento de infecção intra-uterina. A mãe entrou em trabalho de parto cinco dias após a ruptura das membranas. O feto faleceu neste período. Neste caso, as causas de morte são:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b>					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	<b>Infecção Intra-Uterina</b>	<b>Ignorado</b>	
Devido ou como consequência de :					
CAUSAS ANTECEDENTES		b	<b>Ruptura Prematura da Membrana</b>	<b>5 dias</b>	
Devido ou como consequência de :					
		c			
Devido ou como consequência de :					
d					
<b>PARTE II</b>					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

**Exemplo 8:** Mulher com diabetes *mellitus* desenvolveu uma toxemia severa durante a gravidez. A placenta descolou prematuramente, foi realizada uma cesárea e o feto morreu durante esse período. O preenchimento da causa de morte deve ser feito como no modelo a seguir:

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	<b>Deslocamento Prematuro da Placenta</b>	Devido ou como consequência de:	Ignorado		
b					
b	<b>Toxemia Materna</b>	Devido ou como consequência de:	Ignorado		
c					
Devido ou como consequência de:					
d					
Devido ou como consequência de:					
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
	<b>Diabetes Mellitus</b>		Ignorado		

## • Bloco VII – Médico

Este bloco se destina a colher informações básicas sobre o médico que assina a Declaração de Óbito (DO).

50 Nome do médico	51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido ? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros
53 Meio de contato ( Telefone, fax, e-mail, etc.)	54 Data do atestado	55 Assinatura

- **Campo 50 - Nome do médico:** anotar o nome completo do médico, que assina (**Campo 55**) a Declaração de Óbito (DO).
- **Campo 51 – CRM:** anotar o número de inscrição do médico atestante no Conselho Regional de Medicina da unidade da federação.
- **Campo 52 - O médico que assina atendeu ao falecido?:** este campo se refere à condição do médico atestante e deve ser preenchido com um **x** na quadrícula apropriada, considerando-se o seguinte:

1. **Sim:** quando o médico que assina a Declaração tiver efetivamente atendido ao paciente durante a doença que ocasionou o óbito, ou à mãe, em caso de óbito fetal;
2. **Substituto:** quando o médico que assina a DO for plantonista, residente, chefe de equipe, etc. que não tenha acompanhado o falecido durante a doença, mas apenas por ocasião da morte;
3. **I M L:** quando o médico que assina a DO pertencer ao Instituto Médico-Legal;
4. **S V O:** quando o médico que assina a DO pertencer ao Serviço de Verificação de Óbitos;

5. **Outros:** quando o médico que assina a DO não atendeu ao falecido durante a doença ou por ocasião da morte, ou à mãe, em caso de óbito fetal, ou os casos que não estão enquadrados nas categorias anteriores.

- **Campo 53 - Meio de Contato:** neste campo deverá ser anotado o meio mais fácil de se entrar em contato com o médico que assinou a Declaração de Óbito, tal como telefone, fac-símile, *e-mail* ou outro qualquer.
- **Campo 54 - Data do Atestado:** colocar a data em que o atestado foi assinado, com o ano com quatro algarismos.
- **Campo 55 - Assinatura:** espaço destinado à assinatura do médico atestante.

• **Bloco VIII - Causas Externas**

**1. Prováveis Circunstâncias de Morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)**

Este bloco se refere às causas externas de óbito (nos modelos anteriores era o **Bloco VI**). As informações relativas às mortes violentas e acidentais (não naturais) são de grande importância epidemiológica e são um complemento ao **Bloco VI - Condições e Causas do Óbito**. Correspondem ao Capítulo XX da CID-10 - Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade (6).

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)		
<b>53</b> Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>54</b> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<b>55</b> Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada
<b>56</b> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO <b>57</b> Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.)		
		Código

- **Campo 56 – Tipo:** assinalar com um x a quadrícula correspondente ao tipo de morte violenta ou a circunstância em que se deu a morte não natural. As alternativas são: Acidente, Suicídio, Homicídio, Outros e Ignorado, que, no Capítulo XX da CID-10(6), são classificados do seguinte modo:

**1. Acidentes:** V01 a X59;

2. **Suicídios:** denominados “Lesões autoprovocadas voluntariamente” - X60 a X84;
  3. **Homicídios:** denominados simplesmente “Agressões” - X85 a Y09;
  4. **Outros:** abrange o restante do Capítulo XX, cujos diagnósticos não se enquadram em nenhum dos anteriores.
- **Campo 57 - Acidente de Trabalho:** assinalar com um x a quadrícula correspondente à alternativa, quando o evento que desencadeou o óbito estiver relacionado ao processo de trabalho.
  - **Campo 58 - Fonte da Informação:** este campo fornece informações complementares para as mortes ocasionadas por causas externas.

Assinalar com um x a quadrícula correspondente à alternativa escolhida.

- **Campo 59 - Descrição Sumária do Evento, Incluindo o Tipo de Local de Ocorrência:** deverá ser feita uma descrição sucinta, sem perder a clareza, do tipo de lesão e as prováveis circunstâncias que a motivaram, bem como o tipo do local (via pública, residência, etc.).
- **Campo 60 - Se a Ocorrência for em Via Pública, Anotar o Endereço:** colocar o nome do logradouro onde ocorreu a violência ou acidente que produziu a lesão fatal.

#### • **Bloco IX – Localidade sem Médico**

Este bloco deverá ser preenchido no caso de óbitos ocorridos em localidades onde não exista médico. Neste caso, seu preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil, segundo o prescrito na Lei do Registro Civil, conforme citado abaixo:

Art. 77 – Nenhum sepultamento será feito sem certidão do Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, **ou, em caso**

**contrário, de duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte.**

61 Declarante	62 Testemunhas
	A
	B

Versão 09/06 -01

- **Campo 61 – Declarante:** deverá conter o nome completo do declarante e sua assinatura.
- **Campo 62 – Testemunhas:** cada uma das testemunhas deverá assinar numa das linhas, sendo conveniente a colocação do número de um documento de identidade (RG, CPF, etc.).

## 4. Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Mortalidade Brasil 1995. Brasília : 1998.
2. \_\_\_\_\_. Sistemas de Informações sobre Mortalidade : manual de procedimentos. Brasília : 2000.
3. BRASIL. Lei nº 9.454, de 07.04.1997, Institui o número único de Registro de Identidade Civil. Diário Oficial nº 66, de 08.04.97, p. 6.741, Seção I.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde : SUCES. Rio de Janeiro: Fiocruz: IBGE, 1991.
5. LAURENTI, R., JORGE, M.H.P. O Atestado de Óbito. São Paulo. Centro Brasileiro para a Classificação de Doenças em Português, 1994. (Série Divulgação, 1).
6. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde : CID 10. São Paulo : EDUSP, 1994.
7. REGISTROS Públicos : Lei nº 6.015, de 31.12.1973. São Paulo : Atlas, 1976.
8. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Portaria/FUNASA nº 474, de 31/08/2000. Diário Oficial, de 04/09/2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

# 5. Anexos

## Anexo I

### Modelo da Declaração de Óbito


**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**

**Declaração de Óbito** Nº \_\_\_\_\_

<b>I</b>	<b>Centro</b>	1 Cartório <input type="checkbox"/> Código _____ 2 Registro <input type="checkbox"/> Data _____ 4 Município <input type="checkbox"/> UF _____ 5 UF _____ 6 Cartório _____
<b>II</b>	<b>Identificação</b>	7 Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1-+M <input type="checkbox"/> 2-+M <input type="checkbox"/> 3-Óbito _____ Hora _____ 4 IRC _____ 5 Nacionalidade _____ 8 Nome do pai _____ 9 Nome da mãe _____
<b>III</b>	<b>Residência</b>	10 Data de Nascimento _____ 11 Idade <input type="checkbox"/> Anos <input type="checkbox"/> Anos e Meses <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Segundos <input type="checkbox"/> 12 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 13 Estado civil <input type="checkbox"/> 1-Solteiro <input type="checkbox"/> 2-Casado <input type="checkbox"/> 3-Viuvo <input type="checkbox"/> 14 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-12 anos <input type="checkbox"/> 6-13 anos <input type="checkbox"/> 15 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, indicar o momento da última atividade) _____ Código _____ 16 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) _____ 17 Código _____ 18 Número _____ 19 Complemento _____ 20 CEP _____
<b>IV</b>	<b>Ocorrência</b>	21 Bairro/Distrito _____ 22 Código _____ 23 Município de residência _____ 24 Código _____ 25 UF _____ 26 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1-Hospital <input type="checkbox"/> 2-Casa estáb. assist. <input type="checkbox"/> 3-Domicílio <input type="checkbox"/> 4-Via pública <input type="checkbox"/> 5-Outros <input type="checkbox"/> 6-Agravo _____ 27 Estabelecimento _____ Código _____ 28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou de residência (Rua, praça, avenida, etc.) _____ 29 Número _____ 30 Complemento _____ 31 CEP _____ 32 Bairro/Distrito _____ 33 Código _____ 34 Município de ocorrência _____ 35 Código _____ 36 UF _____
<b>V</b>	<b>Fórmula de morte que dá nome</b>	<b>PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO</b> 37 Estado _____ 38 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1-Nenhuma <input type="checkbox"/> 2-De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3-De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4-De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5-12 anos <input type="checkbox"/> 6-13 anos <input type="checkbox"/> 9-Aposentado _____ 40 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe _____ Código _____ 41 Número de filhos vivos (Inclua filhos falecidos) <input type="checkbox"/> 1-Nascidos vivos <input type="checkbox"/> 2-Mortos _____ 39 Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1-Menos de 20 <input type="checkbox"/> 2-De 20 a 27 <input type="checkbox"/> 3-De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4-De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5-De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6-42 e mais <input type="checkbox"/> 7-Aposentado _____ 42 Tipo do parto <input type="checkbox"/> 1-Cesáreo <input type="checkbox"/> 1-Vaginal <input type="checkbox"/> 2-Cesáreo <input type="checkbox"/> 3-Viagem e mais <input type="checkbox"/> 4-Aposentado _____ 43 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1-Pré-morte <input type="checkbox"/> 2-Durante <input type="checkbox"/> 3-Depois <input type="checkbox"/> 4-Aposentado _____ 44 Perdo ao nascer <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Aposentado _____ 45 Num. de Decl. de Nascidos Vivos _____
<b>VI</b>	<b>Condições e causas do óbito</b>	46 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Aposentado _____ 47 A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1-Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> 2-Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3-Não <input type="checkbox"/> 4-Aposentado _____ 48 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Aposentado _____ <b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b> 49 Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Aposentado _____ 50 Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Aposentado _____ 51 Necropsia? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Aposentado _____ <b>CAUSAS DA MORTE</b> - sempre registrar em português por extenso PARTE I Descreva a causa mais próxima que causou diretamente a morte _____ CAUSAS ANTERIORES Descreva condições, se houver, que produziram a causa direta registrada, mencionando-se (se for) tipo e causa básica _____ PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, por ser, na causa direta _____
<b>VII</b>	<b>Médico</b>	52 Nome do médico _____ 53 CRM _____ 54 O médico que assina atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Suscreveu <input type="checkbox"/> 3-Não <input type="checkbox"/> 4-Sim <input type="checkbox"/> 5-Outros _____ 55 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) _____ 56 Data do atestado _____ 57 Assinatura _____
<b>VIII</b>	<b>Causas anteriores</b>	<b>PROVAVER CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL</b> - (Informações de caráter estatístico epidemiológico) 58 Tipo <input type="checkbox"/> 1-Assassinato <input type="checkbox"/> 2-Suicídio <input type="checkbox"/> 3-Homicídio <input type="checkbox"/> 4-Quedas <input type="checkbox"/> 5-Agravo <input type="checkbox"/> 6-Aposentado _____ 59 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não _____ 60 Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1-Bitrem de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2-Hospital <input type="checkbox"/> 3-Família <input type="checkbox"/> 4-Outros <input type="checkbox"/> 5-Apostado _____ 61 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____ 62 SE A OCORRÊNCIA FOR EM MULTIPLO LOCAL, ANOTAR O ENDEREÇO Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) _____ Código _____
<b>IX</b>	<b>Observações</b>	63 Declarante _____ 64 Testemunhas (a) _____ (b) _____

Versão 09/06/21  
 Via do Secretário de Saúde (Zona sul), Centro do Registro civil (Lançamento), Unidade de Saúde (Zona)

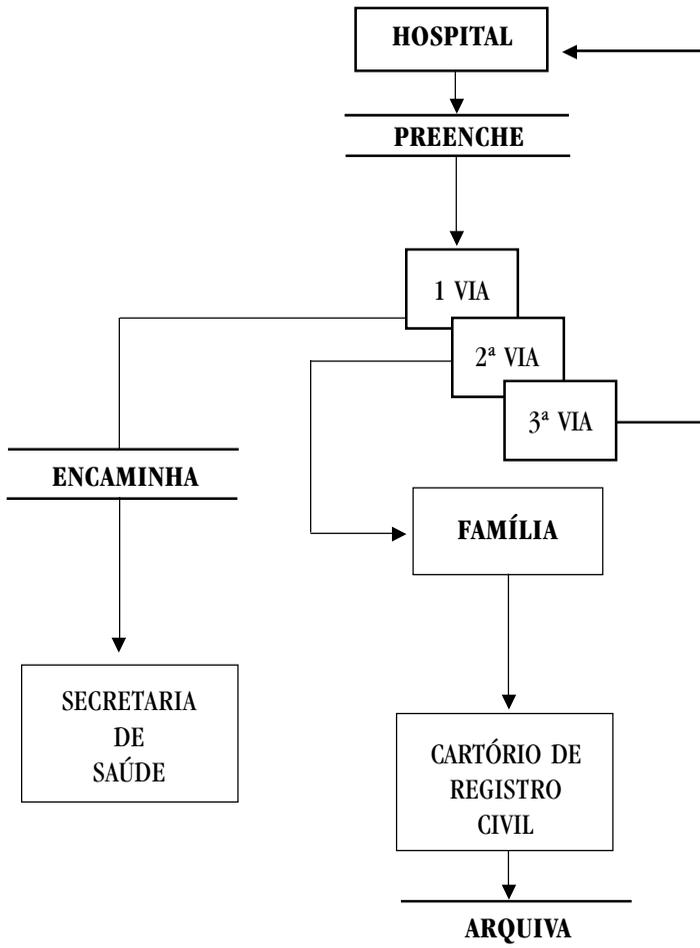
## Anexo II

### Códigos e siglas das unidades da federação

<b>Código</b>	<b>Unidade</b>	<b>Sigla</b>
11	Rondônia	Ro
12	Acre	AC
13	Amazonas	AM
14	Roraima	RR
15	Pará	PA
16	Amapá	AP
17	Tocantins	TO
21	Maranhão	MA
22	Piauí	PI
23	Ceará	CE
24	Rio Grande do Norte	RN
25	Paraíba	PB
26	Pernambuco	PE
27	Alagoas	AL
28	Sergipe	SE
29	Bahia	BA
31	Minas Gerais	MG
32	Espírito Santo	ES
33	Rio de Janeiro	RJ
35	São Paulo	SP
41	Paraná	PR
42	Santa Catarina	SC
43	Rio Grande do Sul	RS
50	Mato Grosso do Sul	MS
51	Mato Grosso	MT
52	Goiás	GO
53	Distrito Federal	DF

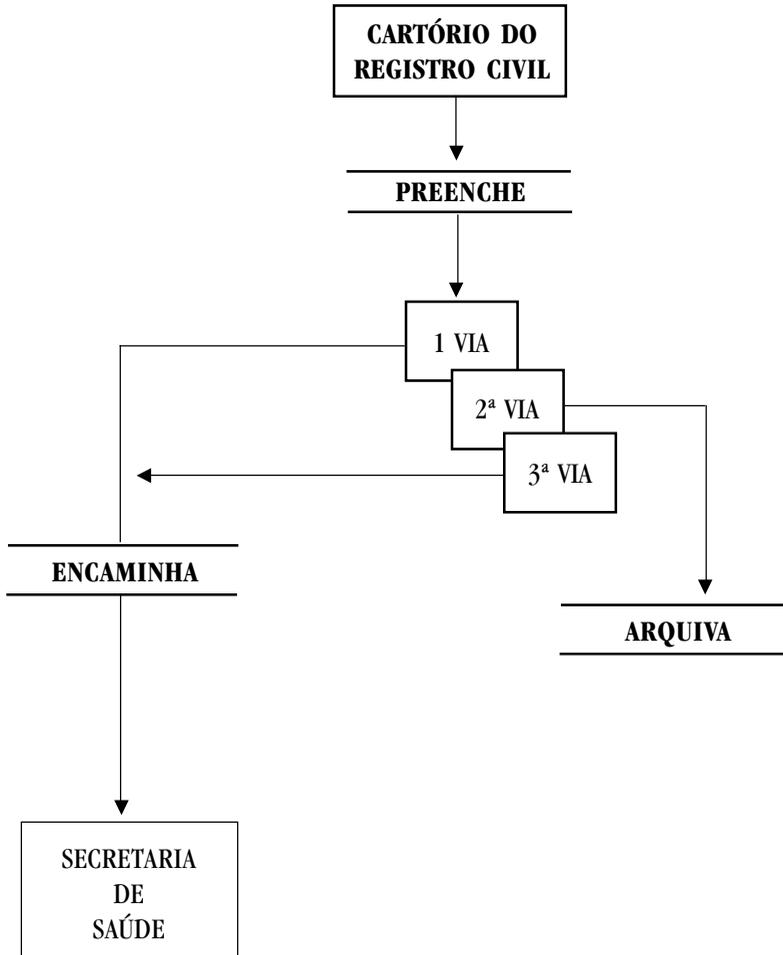
## Anexo III

### Fluxo da Informação Óbitos naturais ocorridos em Estabelecimentos de Saúde



## Anexo IIIa

### Óbitos por causas naturais em localidades sem médico



## **Anexo IV**

### **Legislação**

**1. Lei dos Registros Públicos** - Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, alterada pela Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975.

#### **Capítulo IX Do Óbito**

**Art. 77** - Nenhum sepultamento será feito sem certidão de Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiveram presenciado ou verificado a morte.

**§ 1º** - antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento que, em caso de falta, será previamente feito.

**§ 2º** - a cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado, ou no interesse da saúde pública, e se o atestado de óbito tiver sido firmado por dois médicos ou por um médico legista, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

### **2. Legislação do Conselho Federal de Medicina**

O Código de Ética Médica, no capítulo X, reza que é vedado ao médico:

**Art. 114** - Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer

como plantonista, médico-substituto, ou em caso de necrópsia e verificação médico-legal.

**Art. 115** - Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

# Anexo V

## Definições

Estas definições foram adotadas pela Assembléia Mundial da Saúde (resoluções WHA20.19 e WHA43.24), de acordo com o artigo 23 da Constituição da Organização Mundial de Saúde, e constam na CID-10 (6).

### 1. Causas de morte

As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziram essas lesões.

### 2. Causa básica de morte

A causa básica de morte é; **(a)** a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou **(b)** as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

### 3. Definições em relação à mortalidade fetal, neonatal

#### 3.1. Nascimento vivo

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

### 3.2. Óbito fetal

Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

### 3.3. Óbito neonatal

O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em **mortes neonatais precoces**, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e **mortes neonatais tardias**, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida.

## 4. Definições relacionadas com a mortalidade materna

### 4.1. Morte materna

Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, em virtude de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais.

### 4.2. Morte materna tardia

É a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias, mas menos de um ano, após o término da gravidez.

### 4.3. Morte relacionada à gestação

É a morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte.

As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos:

a) Mortes obstétricas diretas

Aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

b) Mortes obstétricas indiretas

Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

**Elaboradores:**

**Helio de Oliveira/CGAIS/Cenepi/FUNASA**

**Núbia Vieira dos Santos/CGAIS/Cenepi/FUNASA**

**Ivana Poncioni de A. Pereira/CGAIS/Cenepi/FUNASA**

**Maria Helian Nunes Maranhão/CGAIS/Cenepi/FUNASA**

**Colaboradores:**

**Fábio de Barros Correia Gomes/CGAIS/Cenepi/FUNASA**

**Silvia Rangel dos Santos**

**Diagramação, Normalização Bibliográfica, Revisão Ortográfica e Capa:**

**Ascom/Pre/FUNASA**