



I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: Morte Natural Causa Externa Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____

Nome do Hospital / PS: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito: Fetal (Natimorto) Não Fetal Nº Registro (Hospital/PS): _____ RG: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Escolaridade (nível / última série concluída)

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo		

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Filiação: Mãe: _____

Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

III ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Óbito de Mulheres em Idade Fértil: a morte ocorreu Ignorado

Na gravidez No parto No aborto Até 42 dias após o parto De 43 dias a 1 ano após o parto Não ocorreu nestes períodos

IV ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO

Preenchimento Exclusivo para Óbitos Fetais e de Menores de 1 Ano - Informações sobre a Mãe

Idade (anos) _____ Escolaridade (nível / última série concluída)

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo		

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Número de Filhos Tidos Nascidos Vivos _____	Perdas fetais Abortos _____	Nº semanas de gestação _____	Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	Morte em Relação ao Parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	Peso ao Nascer _____ Gramas
					Número da Declaração Nascido Vivo _____

V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Tipo: Acidente Suicídio (autoagressão) Agressão por Terceiros Evento de Intenção Indeterminada Intervenção Legal

Acidentes

Acidente de Trânsito (Informação sobre a vítima): Pedestre Condutor Passageiro Ignorado

Veículos envolvidos no acidente: Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus Outro: _____ Ignorado

Queda: Laje Andaime Mesmo nível Outro Tipo: _____

Afogamento Fogo/Incêndio Intoxicação Choque elétrico Outro: _____

Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado _____ Intoxic./Enven. Substância: _____

Enforcamento Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Agressão por Terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Outros meios: _____ Ignorado

Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: Via Pública Domicílio Trabalho Outro Ignorado

Acidente de Trabalho: Sim Não Ignorado

VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

Condição do Paciente/Falecido: Chegou sem vida ao serviço Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internação: ____ dias Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____

Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____

VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL / PS

Clínico ou Cirúrgico: _____

Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): Não Sim Tipo: _____

Causa(s) possível do Óbito: _____

VIII Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura



I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: Morte Natural Causa Externa Data do Óbito _____ Hora: ____:____

Nome do Hospital / PS: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito: Fetal (Natimorto) Não Fetal Nº Registro (Hospital/PS): _____ RG: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Escolaridade (nível / última série concluída)

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo		

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Filiação: Mãe: _____

Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

III ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Óbito de Mulheres em Idade Fértil: a morte ocorreu Ignorado

Na gravidez No parto No aborto Até 42 dias após o parto De 43 dias a 1 ano após o parto Não ocorreu nestes períodos

IV ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO

Preenchimento Exclusivo para Óbitos Fetais e de Menores de 1 Ano - Informações sobre a Mãe

Idade (anos) _____ Escolaridade (nível / última série concluída)

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo		

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Número de Filhos Tidos Nascidos Vivos _____	Perdas fetais Abortos _____	Nº semanas de gestação _____	Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	Tipo de Parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	Morte em Relação ao Parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	Peso ao Nascer _____ Gramas
					Número da Declaração Nascido Vivo _____

V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Tipo: Acidente Suicídio (autoagressão) Agressão por Terceiros Evento de Intenção Indeterminada Intervenção Legal

Acidentes

Acidente de Trânsito (Informação sobre a vítima): Pedestre Condutor Passageiro Ignorado

Veículos envolvidos no acidente: Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus Outro: _____ Ignorado

Queda: Laje Andaime Mesmo nível Outro Tipo: _____

Afogamento Fogo/Incêndio Intoxicação Choque elétrico Outro: _____

Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado _____ Intoxic./Enven. Substância: _____

Enforcamento Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Agressão por Terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Outros meios: _____ Ignorado

Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: Via Pública Domicílio Trabalho Outro Ignorado

Acidente de Trabalho: Sim Não Ignorado

VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

Condição do Paciente/Falecido: Chegou sem vida ao serviço Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internação: _____ dias Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____

Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____

VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL / PS

Clínico ou Cirúrgico: _____

Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): Não Sim Tipo: _____

Causa(s) possível do Óbito: _____

VIII Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura



I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO

Natureza do Óbito: Morte Natural Causa Externa

Data do Óbito: _____ Hora: ____:____

Nome do Hospital / PS: _____ CNES: _____

Endereço: _____

Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____

II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER

Óbito: Fetal (Natimorto) Não Fetal

Nº Registro (Hospital/PS): _____ RG: _____

Nome: _____ Sexo: M F

Data Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Anos Meses Dias Horas Minutos Ignorado

Escolaridade (nível / última série concluída)

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo		

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Filiação: Mãe: _____

Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____

CEP: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

III ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Óbito de Mulheres em Idade Fértil: a morte ocorreu

Na gravidez No parto No aborto Até 42 dias após o parto De 43 dias a 1 ano após o parto Não ocorreu nestes períodos Ignorado

IV ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO

Preenchimento Exclusivo para Óbitos Fetais e de Menores de 1 Ano - Informações sobre a Mãe

Idade (anos) _____ Escolaridade (nível / última série concluída)

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior incompleto		
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Superior completo		

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Número de Filhos Tidos	Nº semanas de gestação	Tipo de Gravidez	Tipo de Parto	Morte em Relação ao Parto
Nascidos Vivos: _____	_____	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado
Perdas fetais Abortos: _____	_____	<input type="checkbox"/> Tripla e mais	<input type="checkbox"/> Cesáreo	Peso ao Nascer _____ Gramas
<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	Número da Declaração Nascido Vivo _____

V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS

Tipo: Acidente Suicídio (autoagressão) Agressão por Terceiros Evento de Intenção Indeterminada Intervenção Legal

Acidentes

Acidente de Trânsito (Informação sobre a vítima): Pedestre Condutor Passageiro Ignorado

Veículos envolvidos no acidente: Bicicleta Motocicleta Automóvel Ônibus Outro: _____ Ignorado

Queda: Laje Andaime Mesmo nível Outro Tipo: _____

Afogamento **Fogo/Incêndio** **Intoxicação** **Choque elétrico** **Outro:** _____

Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado _____ Intoxic./Enven. Substância: _____

Enforcamento Precipitação de lugar elevado Arma de fogo Outro: _____

Agressão por Terceiros

Arma de fogo Arma branca Asfixia Uso de força corporal Outros meios: _____ Ignorado

Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: Via Pública Domicílio Trabalho Outro Ignorado

Acidente de Trabalho: Sim Não Ignorado

VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

Condição do Paciente/Falecido: Chegou sem vida ao serviço Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internação: _____ dias Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____

Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____

VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL / PS

Clínico ou Cirúrgico: _____

Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): Não Sim Tipo: _____

Causa(s) possível do Óbito: _____

VIII Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura