

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO PARA CAUSAS NATURAIS

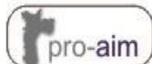
PRO-AIM

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade

CEInfo

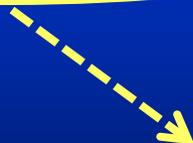
Coordenação de Epidemiologia e Informação

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



USOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

- Interesse legal
- Interesse demográfico
- **Interesse epidemiológico**



**Dados digitados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)
para planejamento de ações de saúde**

USOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

TABNET: livre acesso à tabulação de dados sobre mortalidade

The screenshot shows the website interface for the Prefeitura de São Paulo, specifically the 'Secretaria Municipal da Saúde' section. The page title is 'Mortalidade no município de São Paulo'. It features a sidebar with a navigation menu including 'TABNET', 'Acidente de Trabalho', 'AIDS', 'Câncer', 'Estabelecimentos de Saúde', 'Imunização', 'Internações Hospitalares', 'Mortalidade', 'Nascidos Vivos', 'População', 'Procedimentos Ambulatoriais', 'Saúde da Família', and 'Violências e Acidentes'. Below the sidebar, there are sections for 'Endereço', 'Dúvidas e sugestões', 'SAC', 'SECRETARIAS', 'SUBPREFEITURAS', and 'OUTROS ÓRGÃOS'. The main content area displays 'Mortalidade Geral' and 'Mortalidade Infantil' with links to 'Coeficientes de mortalidade padronizados por faixa etária' and 'Coeficientes de mortalidade por neoplasias padronizados por faixa etária'. There is also a section for 'Tabulações Especiais' with a link to 'Causas Múltiplas de morte' and 'Programa de Cartas'. The footer contains copyright information and the Prefeitura de São Paulo logo.

The screenshot shows the CEInfo TabNet interface for 'Mortalidade Geral'. It includes a header with 'CEInfo' and 'TabNet Tabulador online'. There are links for 'Instruções de Uso' and 'Notas Técnicas'. The main content area is divided into three columns: 'Linha', 'Coluna', and 'Conteúdo'. The 'Linha' column has a dropdown menu with options: 'Local Ocor >=2001', 'Estab de saúde', 'Dist Adm Resid', and 'SubPref/Dist Adm'. The 'Coluna' column has a dropdown menu with options: 'Não ativa', 'Local Ocor >=2001', 'Dist Adm Resid', and 'SubPrefeitura Res'. The 'Conteúdo' column has a dropdown menu with options: 'Óbitos Residentes MSP', 'Óbitos Ocorridos MSP', 'Coef bruto mort p/ homicídio', and 'Coef bruto mort p/ aids'. Below this, there is a section for 'Períodos Disponíveis' with a dropdown menu showing years: '2012', '2011', '2010', and '2009'. There is also a section for 'Seleções Disponíveis' with several dropdown menus for 'Local Ocor >=2001', 'Estab de saúde', 'Dist Adm Resid', 'SubPrefeitura Res', 'Superv saúde resid', and 'Coord Reg de Saúde'. Each dropdown menu shows a list of categories and sub-categories.

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/mortalidade/index.php?p=6529>

LEGISLAÇÃO

ÓBITO



DECLARAÇÃO DE ÓBITO
ATO MÉDICO! *



CERTIDÃO DE ÓBITO



SEPULTAMENTO

Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.216/1975

ATO MÉDICO! *

Código de Ética Médica

- É vedado atestar o óbito que:
 - a) não verificou pessoalmente;
 - b) não prestou assistência.
- É vedado deixar de atestar o óbito em que prestou assistência, conhece a causa básica de morte e constatou o óbito, exceto nas suspeitas de morte violenta (causa externa).

Resolução CFM nº 1.931/2009

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Cremação**

- A DO deve ser assinada por 2 médicos ou por 1 médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária

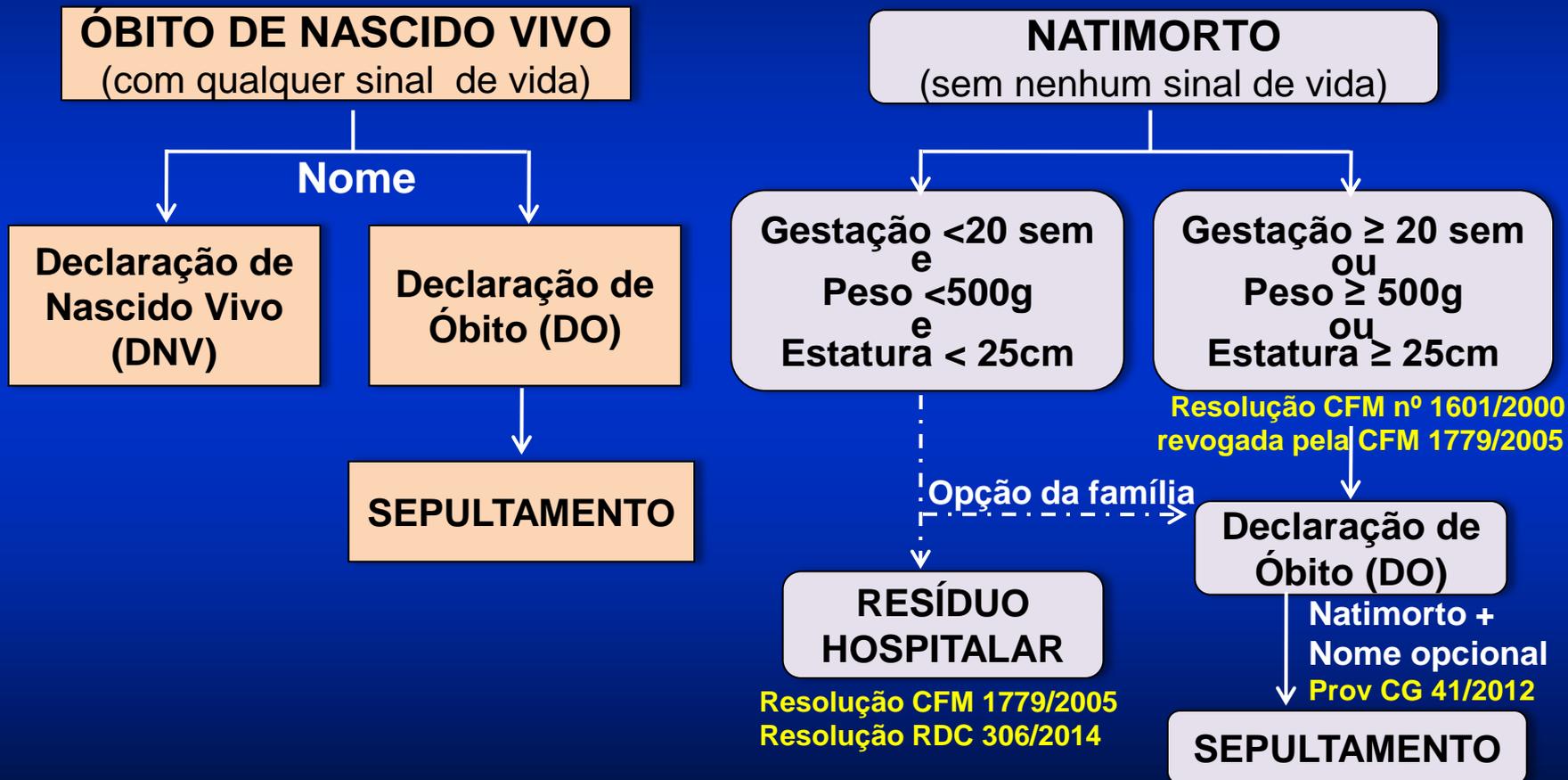
- **Peças anatômicas amputadas**

- Não emitir DO, uma vez que não houve óbito**
- Elaborar relatório em papel timbrado do hospital, descrevendo o procedimento realizado
- A peça pode ser sepultada ou encaminhada para resíduo hospitalar, conforme a Resolução RDC n.º 306, 2004 (ANVISA)

*Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.216/1975

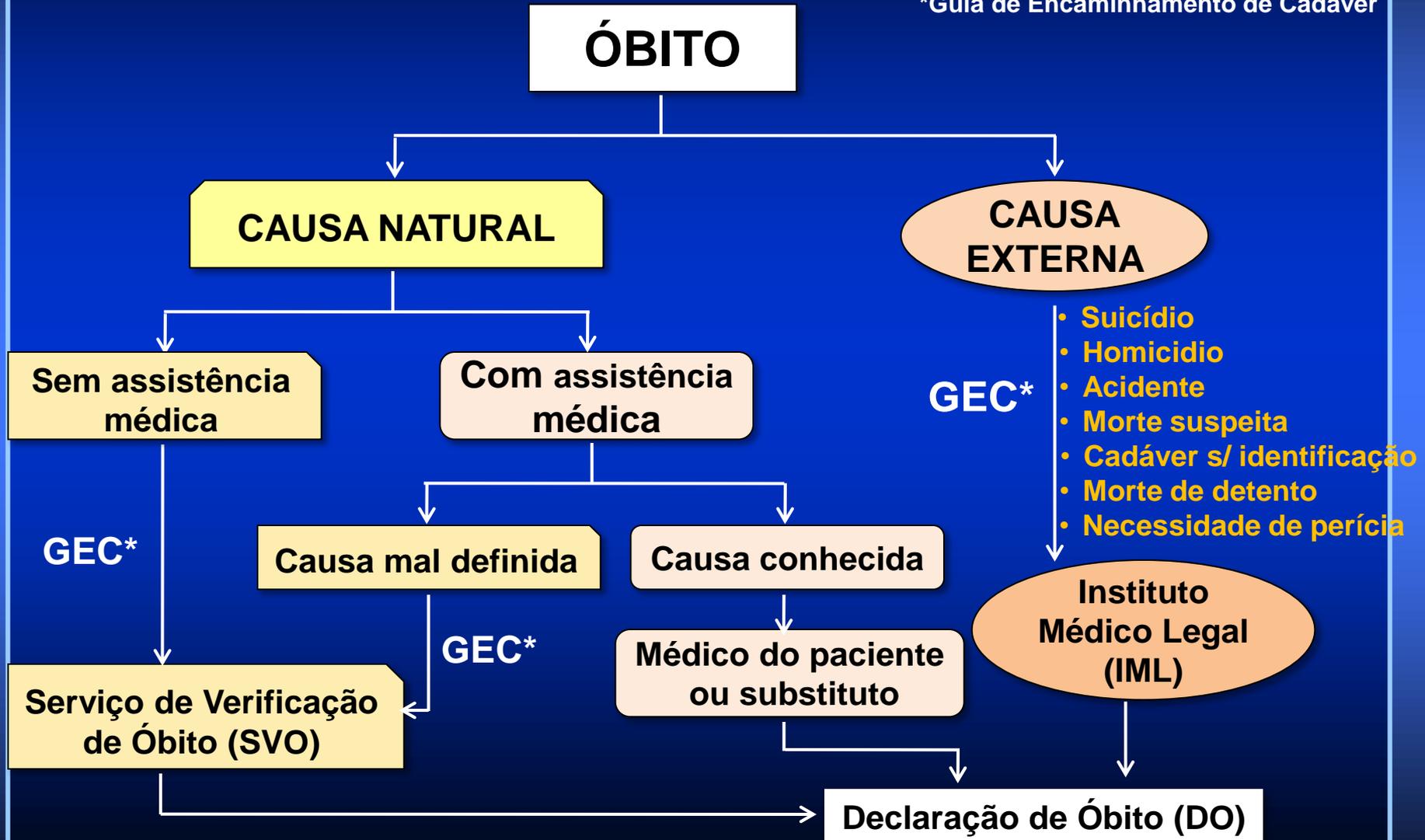
** O Atestado de Óbito. Ruy Laurenti e M. Helena P. de Mello Jorge

QUANDO EMITIR A DECLARAÇÃO DE ÓBITO DE CONCEPTOS



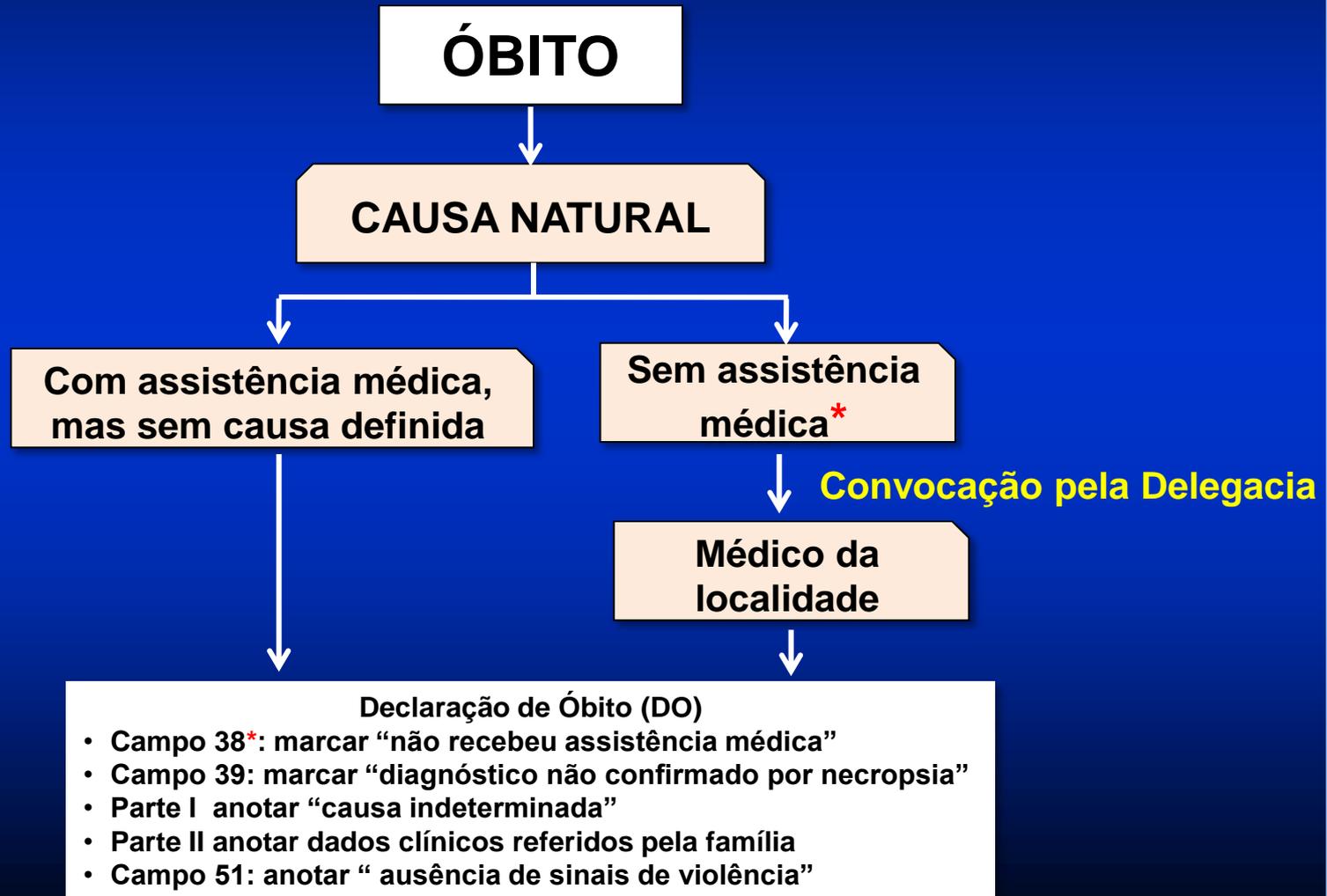
A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

*Guia de Encaminhamento de Cadáver



A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem SVO (Portaria nº 116/2009 – MS)



A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem SVO (Portaria nº 116/2009 – MS)

Exemplo de preenchimento

V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
	37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a <i>Causa indeterminada</i>				Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
CAUSAS ANTECEDENTES 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:				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<i>Hipertensão arterial</i>				

VII	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9		49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 9		50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____ <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> 9	
51 Descrição sumária do evento <i>Ausência de sinais de violência</i>			Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada			
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)						
		Número	Bairro	Município	UF	

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem IML (Portaria nº 116/2009 – MS)

ÓBITO

SUSPEITA DE CAUSA EXTERNA

↓ **Convocação pela autoridade judicial/policial**

Médico da localidade atua como perito legista eventual (*ad hoc*)

Declaração de Óbito (DO)

- Campo 38: marcar “não recebeu assistência médica”
- Campo 39: marcar “diagnóstico não confirmado por necropsia”
- Parte I: anotar lesões constatadas no exame externo do cadáver
- Preencher campos 48, 49, 50, 51
- Campo 50: anotar o nº do Boletim de Ocorrência

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem IML (Portaria nº 116/2009 – MS)

Exemplo de preenchimento

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Devido ou como consequência de:			
		Devido ou como consequência de:			
		Devido ou como consequência de:			
		Devido ou como consequência de:			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input checked="" type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9		49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		50 Fonte da informação <input checked="" type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 999999 <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> 9	
51 Descrição sumária do evento <i>Vítima de agressão na rua</i>				Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input checked="" type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada	
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA					
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		Número		Bairro	
		Município		UF	

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

Localidade sem médico

ÓBITO

2 pessoas que presenciaram ou
certificaram a morte

Declaração de Óbito (DO)

- Não há registro das causas do óbito, apenas os nomes e assinaturas

IX Localid. S/ Médico	58 Declarante	59 Testemunhas
	A	B

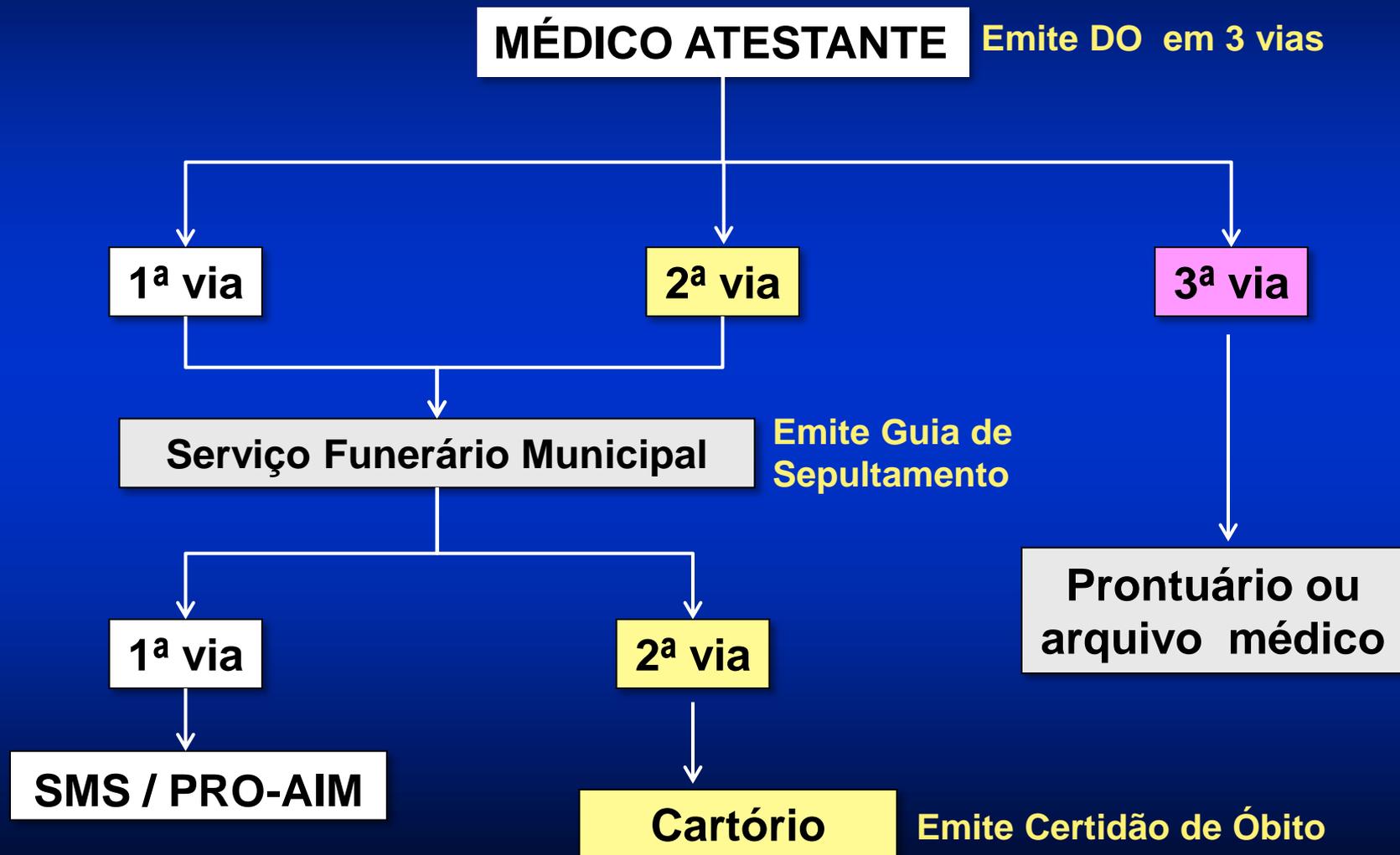


A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?

- **Morte de paciente em trânsito para outro serviço:**
 - se causa definida → médico acompanhante ou que o recebeu
 - Se causa mal definida → SVO
 - Se suspeita de causa externa → IML
- **Natimorto*** → médico que prestou assistência à mãe (desde que conheça a causa)
- **Paciente de ambulatório/ESF *** → médico que o assistia, desde que constate pessoalmente o óbito e reconheça a(s) causa(s) do óbito . Obs: durante o período de trabalho do médico
- **Paciente internado*** → médico responsável ou assistente desde que reconheça a(s) causa(s) do óbito

**Resolução CFM nº 1.779/2005*

FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (MSP)



SIM SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA

APRIMORAMENTO DA INFORMAÇÃO no MSP
(investigações; carta e contato com médico
atestante, relacionamento de bancos; laudos
de IML, SVO e CET; informações da imprensa)

SIM MUNICIPAL

SIM DE OUTROS MUNICÍPIOS

SIM ESTADUAL

retroalimentação

SIM FEDERAL

DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito XXXXXXXX-X

I - Identificação
1 Tipo de óbito: Fetal Não Fetal
2 Data do óbito: _____ Hora: _____ Cartão SUS: _____ Naturalidade: _____
3 Nome do Falecido: _____ Município / UF (de estabelecimento médico): _____
4 Nome da Mãe: _____

II - Identificação
5 Data de nascimento: _____ Sexo: M F
6 Idade: _____ 7 Sexo: M F
8 Raça/Cor: Branca Preta Amarela Indígena Outra
9 Situação conjugal: Casado Solteiro Viúvo Separado judicialmente

III - Identificação
10 Escolaridade (última série concluída): Sem escolaridade Fundamental I (1ª a 4ª Sêries) Fundamental II (5ª a 8ª Sêries) Superior incompleto Superior completo
11 Ocupação habitual: _____ (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002: _____
12 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____
13 Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de residência: _____ Código: _____ UF: _____

IV - Identificação
14 Local de ocorrência de óbito: Hospital Domicílio Outros Outros estab. saúde Via pública Abandonado
15 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____
16 Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

V - Identificação
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE
17 Idade: _____ 18 Escolaridade (última série concluída): _____ 19 Ocupação habitual: _____
20 Estado civil: _____ 21 Situação conjugal: _____ 22 Ocupação habitual: _____
23 Número de filhos vivos: _____ 24 Nº de semanas de gestação: _____ 25 Tipo de parto: _____
26 Tipo de gravidez: _____ 27 Tipo de parto: _____ 28 Morte em relação ao parto: _____
29 Número da Declaração de Nascimento: _____

VI - Identificação
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FERTIL
30 A morte ocorreu: No parto Não no parto De 43 dias a 1 ano após o término da gestação
31 Recreou assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Sim Não Ignorado
32 Neoplasia? Sim Não Ignorado

VII - Identificação
CAUSAS DA MORTE
33 Causas da morte (parte I): _____
34 Causas antecedentes (parte II): _____
35 Outras condições significativas que contribuíram para a morte: _____

VIII - Identificação
36 Nome do Médico: _____ CRM: _____
37 Assista ao doente por: Medicina Odontologia Enfermagem Fisioterapia Psicologia Nutrição Fonoaudiologia Outros
38 Município e UF do SVD ou IBL: _____ UF: _____
39 Nome de contato (telefone, fax, e-mail, etc.): _____ Data do atestado: _____ Assinatura: _____

IX - Identificação
40 Prováveis circunstâncias de morte não natural: _____
41 Descrição sumária do evento: _____
42 Endereço do local do acidente ou violência: _____
43 Endereço do local de ocorrência de acidente ou violência: _____
44 Endereço de residência: _____
45 Endereço do domicílio: _____

X - Identificação
46 Cartório: _____ Código: _____ Registro: _____ Data: _____
47 Município: _____ UF: _____
48 Declarante: _____ Testemunhas: _____

- Não assinar DO em branco
- A responsabilidade de todos os dados registrados na DO é do médico atestante

Modelo atual: 2013
MINISTÉRIO DA SAÚDE / SVS

DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

The screenshot shows the website interface for the Prefeitura de São Paulo. At the top, there is a navigation bar with the logo and the text 'Secretaria Municipal da Saúde'. Below this, there is a sidebar on the left with a menu of services including 'Organização', 'Endereço', 'Dúvidas e sugestões', 'SAC', 'Secretarias', 'Subprefeituras', and 'Outros órgãos'. The main content area is titled 'Informações para retirada de Declaração de Óbito' and includes a sub-header 'CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação'. The text provides details about the procedures, including the hours of service (9h30' to 12h and 14h to 16h) and the location (Rua General Jardim, 36, 5º andar). It also lists the necessary documents for both the notifying unit and the notifying individual, such as professional identification, residential proof, and specific forms (ANEXO I, II, III, IV).

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Informações para retirada de Declaração de Óbito
CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação

PROCEDIMENTOS PARA: CADASTRAMENTOS, ALTERAÇÕES DE CADASTROS E NOVAS RETIRADAS SÃO NECESSÁRIOS AGENDAMENTOS, OBSERVANDO OS REQUISITOS A SEGUIR:

Nosso horário de atendimento é das **9h30' às 12h e das 14 às 16h de Segunda à sexta-feira**. Caso a pessoa responsável não possa comparecer, uma procuração deverá ser preparada com validade de até 30 (trinta) dias, seguindo o modelo divulgado não necessitando reconhecimento de firma. Caso haja dúvida, entrar em contato com:

PRO-AIM - Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo - CEInfo - SMS
Rua General Jardim, 36, 5º andar, Centro - CEP 01223-010 - São Paulo - SP
(3397-2241 / 3397-2247 / Fax. 3397-2524)

A) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRAMENTO DE UNIDADE NOTIFICADORA:

1. Cópia e original (ou cópia autenticada) da Identidade Profissional do CRM, do Responsável Técnico.
2. Cópia e original (ou cópia autenticada) do comprovante de endereço residencial, (conta de luz, telefone, água, etc) pessoal do Responsável Técnico.
3. Documento: (Original e Cópia, ou cópia autenticada) comprobatório de vínculo contratual na condição de Responsável Técnico. Cópia do Contrato de Prestação de Serviço ou Carta do RH, informando o vínculo e a condição de Responsável Técnico ou outro documento que comprove o vínculo, como o CREMESP da Empresa.
4. **ANEXO I:** Requerimento de Cadastro – Devidamente preenchido com letra legível, assinado, datado, e carimbado contendo o CRM.
5. **ANEXO IV:** Termo de Responsabilidade – Devidamente preenchido com letra legível, assinado, datado e carimbado contendo o CRM.
6. **ANEXO II:** Procuração – Devidamente assinada, datada e carimbada contendo o CRM.

OBS: Todos os documentos acima, só serão aceitos se assinados pelo Responsável Técnico.

B) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA CADASTRAMENTO DE NOTIFICADOR:

1. 1. Cópia e original (ou cópia autenticada) da identidade profissional do CRM.
2. 2. Cópia e original (ou cópia autenticada) do comprovante de endereço residencial: (conta de luz, telefone, água etc), pessoal do médico.
3. **ANEXO I:** Requerimento de Cadastro – devidamente preenchido com letra legível, assinado, datado e carimbado contendo o CRM.
4. **ANEXO III:** Termo de Responsabilidade – Devidamente preenchido com letra legível, assinado, datado e carimbado contendo o CRM.
5. **ANEXO II:** Procuração – Devidamente assinada, datada e carimbada contendo o CRM.

Distribuição gratuita para médicos e serviços de saúde do Município de São Paulo. A retirada é feita no PRO-AIM mediante agendamento. Para maiores informações:

Ligue: 3397-2241 (2ª à 6ª feira das 9:30h-12h e das 14h-16h)

ou

Acesse:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=30796

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO (CAMPOS DE 1 A 14)

INFORMAÇÕES SOBRE A IDENTIDADE DO FALECIDO

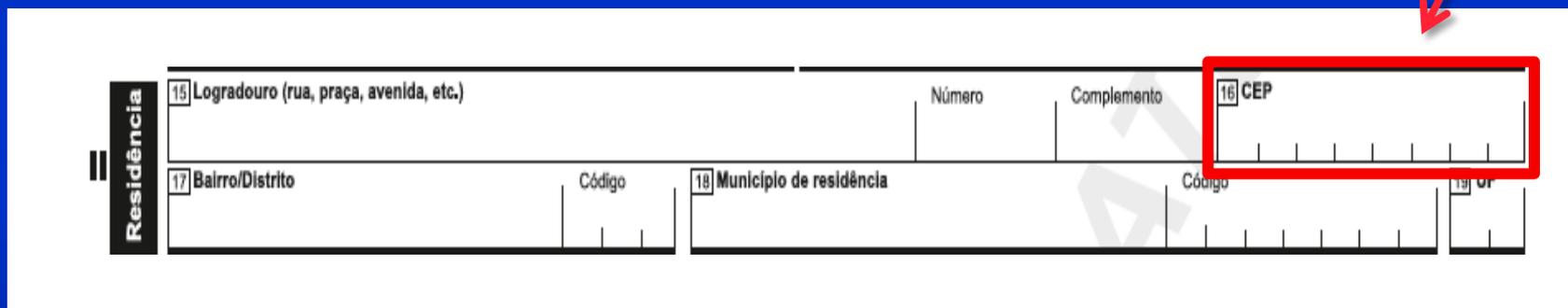
Identificação

1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
5 Nome do Falecido			
6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe	
8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado * *	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 6 <input type="checkbox"/> Ignorada		13 Escolaridade (última série concluída) Nível Série 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 type="checkbox"/> Superior completo	
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002			

*** Se óbito menor de 1 dia de vida, anotar a idade em horas ou minutos**

BLOCO II – RESIDÊNCIA (CAMPOS DE 15 A 19)

INFORMAÇÕES SOBRE O LOCAL DE RESIDÊNCIA



The image shows a form for residential information. The form is divided into two rows. The first row contains three fields: 'Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)' (field 15), 'Número' (field 16), and 'Complemento' (field 17). The second row contains four fields: 'Bairro/Distrito' (field 18), 'Código' (field 19), 'Município de residência' (field 20), and 'Código' (field 21). A red box highlights the 'CEP' field (field 16) in the first row, and a red arrow points to it from the top right. The label 'Residência' is written vertically on the left side of the form.

Residência	15	Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16	CEP	
	17	Bairro/Distrito	Código	18	Município de residência	Código	19

BLOCO III - OCORRÊNCIA (CAMPOS DE 20 A 26)

INFORMAÇÕES SOBRE O LOCAL ONDE OCORREU O ÓBITO

III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito				21 Estabelecimento				Código CNES			
	1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado								
	2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública	6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	<input type="checkbox"/> g								
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)					Número		Complemento		23 CEP			
24 Bairro/Distrito			Código		25 Município de ocorrência				Código		26 UF	



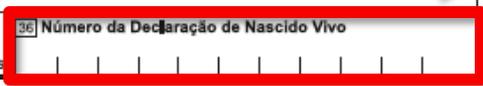
BLOCO IV - FETAL OU MENOR QUE 1 ANO (CAMPOS DE 27 A 36)

Informações sobre a mãe, gestação, parto e peso do recém-nascido

IV Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível	Série	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002		
	0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>			
30 Número de filhos tidos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto	35 Peso ao nascer	36 Número da Declaração de Nascido Vivo
Nascidos vivos	Perdas fetais/ abortos	1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado				Gramas	



Informações fundamentais para o estudo da Mortalidade infantil

BLOCO V – MULHER EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Campo 37

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PC
	37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
	a) _____ Devido ou como consequência de:				
	b) _____ Devido ou como consequência de:				
	c) _____ Devido ou como consequência de:				
	d) _____ Devido ou como consequência de:				

Informações fundamentais para o estudo da Mortalidade Materna

BLOCO VI – MÉDICO (CAMPOS DE 41 A 47)

MÉDICO ATESTANTE (POSSIBILITA CONTATO/ACESSO)

VI Médico	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outro	U
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura		

BLOCO VII – CAUSAS EXTERNAS (CAMPOS DE 48 A 52)

INFORMAÇÕES SOBRE PROVÁVEL CIRCUNSTÂNCIA DA MORTE POR CAUSAS NÃO NATURAIS

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

48 Tipo	<input type="checkbox"/> 1 Acidente	<input type="checkbox"/> 3 Homicídio	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	49 Acidente do trabalho	<input type="checkbox"/> 1 Sim	Ignorado <input type="checkbox"/> 9	50 Fonte da informação	<input type="checkbox"/> 1 Ocorrência Policial Nº _____	Ignorado <input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 2 Suicídio	<input type="checkbox"/> 4 Outros			<input type="checkbox"/> 2 Não			<input type="checkbox"/> 2 Hospital	<input type="checkbox"/> 3 Família

51 Descrição sumária do evento

52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA (Logradouro (rua, praça, avenida, etc.))

53 Cartório

54 Registro

55 Data

56 UF

57 Município

58 Bairro

59 Número

60 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência

<input type="checkbox"/> 1 Via pública	<input type="checkbox"/> 4 Estabelecimento comercial
<input type="checkbox"/> 2 Endereço de residência	<input type="checkbox"/> 5 Outros
<input type="checkbox"/> 3 Outro domicílio	<input type="checkbox"/> 9 Ignorada

Preenchido pelo Instituto Médico Legal (IML)

BLOCO IX – LOCALIDADE SEM MÉDICO (CAMPOS 58 e 59)

PREENCHIMENTO A CARGO DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL

IX Localid. S/ Médico	58 Declarante	59 Testemunhas
		A
		B

Versão 01/13 – 1ª impressão 06/2013

Lei do registro civil - art.77 : “...duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte testemunhem o fato .”
Apenas atesta o óbito e não a causa do óbito

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necropsia?	
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No abortamento	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	Ignorado <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
CAUSAS ANTECEDENTES 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:		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Parte I – doenças/eventos com seqüência fisiopatológica que levaram à morte

Parte II – outras afecções que contribuíram para a morte, não relacionadas à seqüência da Parte I

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

LETRA LEGÍVEL

40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a	CITOMEN SEPTICO		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b	BRONCOPNEUMONIA		
	c	SINDROME HEMOLITICA		
	d	DOENÇA HEMOLITICA		

Obs: Não rasurar. Se houver necessidade de correção, trocar a DO. A DO rasurada deve ser devolvida no local de retirada.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

NÃO UTILIZAR SIGLAS OU ABREVIATURAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	<i>Insuficiência hepática</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	b	<i>Cirrose hepática</i>		
	c	<i>AVB</i>		
	d	<i>BCP SÍR IRA</i>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

PARTE I

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
	registrar apenas uma doença/evento por linha	Devido ou como consequência de:	
		Devido ou como consequência de:	
		Devido ou como consequência de:	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Horas, dias, meses, anos ou desconhecido

Não preencher o código da CID 10.

Esse espaço é reservado para os codificadores da SMS/ PRO-AIM

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

PARTE I

- Não é necessário preencher todas as linhas (“a” até “d”)
- Evitar termos como parada cardiorrespiratória, parada cardíaca, parada respiratória e falência múltipla de órgãos por serem sintomas, modos de morrer ou diagnósticos imprecisos e não causa básica de morte
- Registrar a “causa básica” da morte na última linha

“Causa Básica de morte é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal” (CID-10)

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

PARTE I

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		38] 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	39] Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Causa terminal ou direta</i>	
	b	Devido ou como consequência de: <i>Causa interveniente</i>	
	c	Devido ou como consequência de: <i>Causa interveniente</i>	
	d	Devido ou como consequência de: <i>Causa básica</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

- **Linha A: Causa Terminal**
- **Última linha preenchida: Causa Básica**
- **Linhas intermediárias: complicações/eventos secundários à causa básica**

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA - CAUSAS MAL DEFINIDAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR		
37] A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	39] Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		a <i>Parada cardio-respiratória</i> Devido ou como consequência de:		
			b <i>Insuficiência respiratória aguda</i> Devido ou como consequência de:	<i>1 dia</i>	
			c <i>Pneumonia</i> Devido ou como consequência de:	<i>3 dias</i>	
			d		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Qual a causa básica que motivou a insuficiência respiratória aguda?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Insuficiência respiratória</i>	<i>6 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Metástase pulmonar</i>	<i>3 meses</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Câncer espinocefal</i>	<i>1 ano</i>
	d	Devido ou como consequência de: Pele?	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Esôfago?	
		Bexiga?	

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/>		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Falência de múltiplos órgãos</i>	<i>10 dias</i>
		Devido ou como consequência de:	
	b	<i>Carcinomatose peritoneal</i>	<i>6 meses</i>
		Devido ou como consequência de:	
c	<i>Câncer de útero</i> Colo de útero?	<i>3 anos</i>	
	Devido ou como consequência de:		
d	Endométrio?		
	Corpo uterino?		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
	a	Caquexia	Devido ou como consequência de:	2 anos
	b	Metástase generalizada	Devido ou como consequência de:	3 anos
	c	Câncer de intestino Grosso?	Devido ou como consequência de:	4 anos
d	Delgado?			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a <i>Insuficiência respiratória</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>3 dias</i>	CID
		b <i>Tumor de pulmão</i> Maligno? Devido ou como consequência de:		
		c Benigno? Devido ou como consequência de:		
		d Comportamento incerto? Devido ou como consequência de:		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a natureza do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- NEOPLASIAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	a	<i>Caquexia</i>	
	b	<i>Carcinomatose</i>	<i>Ignorado</i>
	c	<i>Neoplasia de localização primária não definida</i>	
	d		
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		

Qual a localização primária do tumor?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- SEPTICEMIA?

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Insuficiência renal aguda</i>	<i>2 dias</i>
	b	<i>Septicemia</i>	<i>3 dias</i>
	c	<i>Infeção urinária</i>	<i>15 dias</i>
d	<i>Senilidade</i>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a doença de base que precedeu a septicemia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- ABDOMEN AGUDO?

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO P(
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Sepsis</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID <i>2 dias</i>
	Devido ou como consequência de:		
	b	<i>Peritonite</i>	<i>2 dias</i>
Devido ou como consequência de:			
c	<i>Abdomen agudo perfurativo</i>	<i>3 dias</i>	
Devido ou como consequência de:			
d	<i>Diverticulite perfurada</i>	<i>ignorado</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a doença de base que precedeu o abdomen agudo?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- PÓS-PROCEDIMENTO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO P
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Choque séptico</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Broncopneumonia</i>	<i>6 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>PO Cirurgia cardíaca</i>	<i>8 dias</i>
d	Devido ou como consequência de: <i>Tetralogia de Fallot</i>	<i>5 meses</i>	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que motivou a cirurgia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA- PÓS-PROCEDIMENTO

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO P
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
	a	<i>Choque séptico</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID <i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Peritonite</i>	<i>6 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Laparotomia</i>	<i>6 dias</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Colecistopatia calculosa</i>	<i>ignorado</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que motivou a cirurgia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA - FRATURA PATOLÓGICA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	<i>Septicemia</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID <i>2 dias</i>
		b	<i>Infecção de prótese de quadril</i>	<i>3 dias</i>
		c	<i>Fratura patológica de fêmur</i>	<i>10 dias</i>
		d	<i>Osteoporose</i>	<i>ignorado</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a origem da fratura se não foi de causa externa?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA - INSUFICIÊNCIA DE SISTEMAS/ÓRGÃOS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a	Arritmia cardíaca	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	b	Hiperpotassemia	1 dia	
c	Insuficiência renal	2 dias		
d	Diabetes mellitus	5 anos		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a causa básica que determinou a insuficiência renal?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – HEMORRAGIAS DIGESTIVAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a <i>Choque hipovolêmico</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID <i>2 horas</i>
		b <i>Hemorragia digestiva alta</i> Devido ou como consequência de:	<i>5 horas</i>
		c <i>Úlceras gástricas sangrantes</i> Devido ou como consequência de:	<i>1 dia</i>
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		

Qual a causa básica que determinou a hemorragia digestiva alta?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – VARIZES ESOFÁGICAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 7 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/>		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a <i>Choque hipovolêmico</i> Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID 2 horas
		b <i>Hemorragia digestiva alta</i> Devido ou como consequência de:	5 horas
		c <i>Varizes esofágicas</i> Devido ou como consequência de:	1 ano
		d <i>Cirrose hepática criptogênica</i>	5 anos
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou as varizes esofágicas?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CIRROSE HEPÁTICA

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	Coma	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
	b	Insuficiência hepática aguda	15 dias
c	Cirrose hepática	5 anos	
d	Hepatite viral crônica do tipo C	10 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			CID

Qual a causa básica que determinou a cirrose hepática?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – COMPLICAÇÃO DE DOENÇAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
	a	<i>Choque séptico</i>	<i>2 dias</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Amputação de membro inferior</i>	<i>15 dias</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Necrose de membro inferior</i>	<i>2 meses</i>
d	Devido ou como consequência de: <i>Angiopatia periférica diabética</i>	<i>2 anos</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a necrose de membro inferior?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – COMPLICAÇÃO DE DOENÇAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Tromboembolismo pulmonar</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>1 dia</i>
	b	Devido ou como consequência de: <i>Escaras de decúbito</i>	<i>2 meses</i>
	c	Devido ou como consequência de: <i>Síndrome do imobilismo</i>	<i>3 anos</i>
	d	Devido ou como consequência de: <i>Sequela de acidente vascular cerebral</i>	<i>3 anos</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a síndrome do imobilismo?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – COMPLICAÇÃO DE DOENÇAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	Coma	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
	b	Insuficiência hepática	3 anos
	c	Cirrose alcoólica	10 anos
d	Hipertensão arterial sistêmica		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			CID
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa básica que determinou a insuficiência hepática?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – DOENÇAS ESPECÍFICAS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	a	<i>Insuficiência respiratória aguda</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>2 dias</i>
	Devido ou como consequência de:		
	b	<i>Pneumonia aspirativa</i>	<i>2 dias</i>
Devido ou como consequência de:			
c	<i>Acidente vascular cerebral</i>	<i>5 dias</i>	
Devido ou como consequência de:		<i>Isquêmico ? Hemorragico?</i>	
d			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

É possível definir melhor a causa básica específica?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CAUSAS PERINATAIS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a Devido ou como consequência de:	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
		b <i>Hipertensão pulmonar</i>	<i>5 dias</i>	
		c <i>Asfixia perinatal grave</i>	<i>6 dias</i>	
		d <i>Circular cervical de cordão umbilical</i>	<i>6 dias</i>	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Qual a causa básica da asfixia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CAUSAS PERINATAIS (causas maternas podem ser causa básica de óbito)

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		Ignorado <input type="checkbox"/> 9		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
V Condições e causas do óbito	40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a	<i>Hemorragia intraventricular</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <i>10 horas</i>
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b	<i>Septicemia precoce</i>	<i>2 dias</i>
			c	<i>Prematuridade</i>	<i>4 dias</i>
			d	<i>Infecção urinária materna</i>	<i>6 dias</i>
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Qual a causa básica que levou à prematuridade?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

CAUSA BÁSICA – CAUSAS PERINATAIS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO P
37] A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39] Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	40] CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
	a <i>Hemorragia intraventricular</i>		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID <i>10 horas</i>
	b <i>Septicemia precoce</i> Devido ou como consequência de:		<i>2 dias</i>
	c <i>Prematuridade</i> Devido ou como consequência de:		<i>4 dias</i>
	d <i>Pré-eclâmpsia</i> Devido ou como consequência de:		<i>4 dias</i>
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<i>Tabagismo materno</i> <i>Obesidade materna</i>

Anotar condições maternas que possam ter contribuído para a morte

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO - BLOCOS IV e V

ÓBITOS FETAIS E MENORES DE UM ANO

Preencher todas as informações sobre mãe, gestação, parto, peso ao nascer, nº da Declaração de Nascido Vivo

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE											
IV	Fetal ou menor que 1 ano	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída)			Série	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002		
		25	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	Ignorado	9	1	Baconista			
V	Condições e causas do óbito	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos	31 Nº de semanas Perdas fetais/ abortos de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto		35 Peso ao nascer			
		00	01	30	<input checked="" type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	<input checked="" type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input checked="" type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	1400	9999999999		
		36 Número da Declaração de Nascido Vivo				37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necropsia?	
		99 Ignorado				<input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora	
		40 CAUSAS DA MORTE				ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
		PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.				a Hemorragia pulmonar		8 horas			
		CAUSAS ANTECEDENTES				b Membrana hialina		10 dias			
		Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				c Prematuridade		10 dias			
						d Amniorrhexis prematura		10 dias			
		PARTE II									
		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.									

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necrópsia ?
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No aborto	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input checked="" type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim
		1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não
		2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	
PARTE I		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		CID	
CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como consequência de:	
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		1 hora	
a		3 horas	
b <i>Choque hipovolêmico</i>		4 horas	
c <i>Hemorragia</i>			
d <i>Atonia uterina</i>			
PARTE II			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			

Qual a causa da hemorragia?

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39 Necrópsia ?		
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No aborto	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto	Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input checked="" type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
PARTE I							
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a <i>Choque séptico</i>			1 hora		
CAUSAS ANTECEDENTES		Devido ou como consequência de:					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		b <i>Infeção pulmonar</i>			3 dias		
		Devido ou como consequência de:					
		c <i>Infeção puerperal</i>			7 dias		
		Devido ou como consequência de:					
		d					
PARTE II							
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		<i>Insuficiência mitral</i>					
		<i>Tabagismo</i>					

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO BLOCO V

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (10 A 49 ANOS DE IDADE)

Preencher campo 37

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:			
37 A morte ocorreu		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necrópsia ?			
1 <input type="checkbox"/> Na gravidez	3 <input type="checkbox"/> No aborto	5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto	Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
2 <input type="checkbox"/> No parto	4 <input checked="" type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto	8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	9 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
40 CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID
PARTE I						
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		a		Insuficiência respiratória aguda		10 dias
CAUSAS ANTECEDENTES		b		Metástase pulmonar		2 meses
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		c		Neoplasia de mama		18 meses
PARTE II		d				
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER (GEC)

Deve ser preenchida pelo médico nos casos de morte de:

- Causa mal definida ou desconhecida (SVO)
- Suspeita de causa externa/perícia/detento (IML)
- Pessoa sem identificação (IML)

Emitir 3 vias:

- 1ª via: acompanha o corpo para o IML ou SVO
- 2ª via: Prontuário médico
- 3ª via: Delegacia

Para retirar a GEC:

- Ligue para 3397-2241

ou

- **Imprima diretamente pelo acesso:**

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mortalidade/Guia_Encam_Cadaver_2007.pdf

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Guia de Encaminhamento de Cadáver	Nº	Guia destinada ao <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
I IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Natureza do Óbito: <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Causa Externa Data do Óbito: ____/____/____ Hora: ____:____:____			
	Nome do Hospital / PS: _____ CNES: (____/____/____)			
II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Endereço: _____			
	Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____			
	Óbito: <input type="checkbox"/> Fetal (Nati-morto) <input type="checkbox"/> Não Fetal Nº Registro (Hospital/PS): (____/____/____) RG: _____			
	Nome: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
III IDENTIFICAÇÃO DO MÃE	Data Nas.: ____/____/____ Idade: ____ Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e + <input type="checkbox"/> Ignorado Ocupação: _____			
	Filiação: Mãe: _____			
	Endereço resid.: _____ Nº: _____ Compl.: _____			
IV IDENTIFICAÇÃO DO MÃE	CEP: (____/____/____) Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____			
	Óbito em Mulheres (10 a 49 anos) A morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	A morte ocorreu durante o puerpério: <input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> Sim, de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Informações sobre a Mãe			
V INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	Ocupação: _____ Idade: _____			
	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e + <input type="checkbox"/> Ign. Duração da Gestação: ____ semanas			
	Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e + <input type="checkbox"/> Ignorado Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesária <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Peso ao Nascer: _____ Gramas Nº Declaração Nascido Vivo: (____/____/____)			
VI ATENDIMENTO EM SERVIÇO HOSPITAL / P.S.	Morbidade Informada: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (auto agressão) <input type="checkbox"/> Agressão por Terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada			
	Acidentes			
	<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito (informação sobre a vítima): <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Veículo onde estava a vítima: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro: _____			
VII MÉDICO RESPONSÁVEL	<input type="checkbox"/> Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____			
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo/incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			
	Suicídio Instrumento ou Meio Utilizado: _____ Intoxic./Enven. Substância: _____			
	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____			
VIII MÉDICO RESPONSÁVEL	Agressão por Terceiros			
	<input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Uso de força corporal <input type="checkbox"/> Outros meios: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Local onde Ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
VIII MÉDICO RESPONSÁVEL	Condição do Paciente/Falecido: <input type="checkbox"/> Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> Faleceu ao receber os Primeiros Socorros			
	<input type="checkbox"/> Faleceu durante o Internamento: ____ dias <input type="checkbox"/> Nati-morto 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): _____			
VIII MÉDICO RESPONSÁVEL	Clínico ou Cirúrgico: _____			
	Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____			
	Causa(s) possível do Óbito: _____			
	Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____			

PRO-AIM

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE

Dúvidas ou esclarecimentos para o Município de São Paulo

- Ligue para: 3397- 2558 ou 2150
- Envie mensagem para: proaim@prefeitura.sp.gov.br
- Acesse página eletrônica: www.prefeitura.sp.gov.br/proaim

