



**I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO**

Natureza do óbito:  Morte natural  Causa Externa Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Nome do Hospital / PS: \_\_\_\_\_ CNES: [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_] Óbito em Domicílio

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	Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)
<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			

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço resid.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_

CEP: [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_] Distrito Adm./Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**III ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL**

Óbitos 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: \_\_\_\_\_ Escolaridade:

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Série	Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)
<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			

Número de Filhos Tidos Nascidos Vivos: [____][____]	Nº semanas de gestação: [____][____]	Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais	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 EXTERNA**

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**  Intoxic./Enven. \_\_\_\_\_

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 a 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(eis) do Óbito: \_\_\_\_\_

**VIII**

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura

**IX TRANSPORTE DO CORPO**

Nº do Boletim de Ocorrência: [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_]

Saída da Instituição/Domicílio - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Responsável pelo transporte - Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsável pela liberação (na Unidade de Saúde ou no domicílio) - Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo/Parentesco: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_