



**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)

Sem escolaridade  Médio (antigo 2º grau)

Fundamental I (1ª a 4ª Série)  Superior incompleto

Fundamental II (5ª a 8ª Série)  Superior completo

Ignorado Série

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**

Óbitos 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: \_\_\_\_\_ Escolaridade:

Sem escolaridade  Médio (antigo 2º grau)

Fundamental I (1ª a 4ª Série)  Superior incompleto

Fundamental II (5ª a 8ª Série)  Superior completo

Ignorado Série

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Número de Filhos Tidos Nascidos Perdidos Abortos

Nº semanas de gestação

Tipo de Gravidez  Única  Dupla  Tripla e mais

Tipo de Parto  Vaginal  Cesáreo  Ignorado

Morte em Relação ao Parto  Antes  Durante  Depois  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**  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 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

**IX TRANSPORTE DO CORPO**

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

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

Responsável pelo transporte: \_\_\_\_\_

Motorista \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Responsável pela liberação: Nome: \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_