

DESTAQUES DO PREENCHIMENTO ADEQUADO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

PRO-AIM

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DAS INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE

proaim@prefeitura.sp.gov.br



CEInfo
Coordenação de
Epidemiologia e Informação



BLOCO V – CAMPO 40

“ATESTADO MÉDICO” DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Adotado a partir de 1950 por todos os países do mundo
com a aprovação da 6ª Revisão da CID – 1948

Finalidade:

Obter a opinião do médico sobre as causas que, direta ou indiretamente levaram à morte.

Parte I – destina-se a doenças relacionadas com a cadeia de acontecimentos patológicos que levaram diretamente à morte.

Parte II – destina a qualquer outra afecção significativa que contribuiu para o evento fatal mas não relacionada a doença ou afecção que causou diretamente a morte.

BLOCO V - CAMPO 40

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37] A morte ocorreu

- Na gravidez No aborto De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado
 No parto Até 42 dias após o parto Não ocorreu nestes períodos 9

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38] Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

- Sim Não Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39] Necrópsia ?

- Sim Não Ignorado

40] CAUSAS DA MORTE

PARTE I

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

a

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte

CID

Devido ou como consequência de:

b

Devido ou como consequência de:

c

Devido ou como consequência de:

d

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.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

CAUSAS DE MORTE

- REGISTRAR **APENAS UMA DOENÇA**, ALTERAÇÃO OU LESÃO EM CADA LINHA;
- PARA CADA CAUSA REGISTRADA, INDICAR, SEMPRE QUE POSSÍVEL, **NA CASELA À DIREITA, O TEMPO APROXIMADO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE** (EM HORAS, DIAS, MESES OU ANOS);
- SE ESTE **TEMPO FOR DESCONHECIDO**, PREENCHER COMO “DESCONHECIDO”.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

PARTE I:

A “**CAUSA BÁSICA**” DA MORTE DEVERÁ SER
REGISTRADA NA ÚLTIMA LINHA INFORMADA

“**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 ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

LINHA “a”: registrar a doença ou lesão que levou diretamente à morte (causa terminal ou imediata). Não usar termos como parada cardíaca ou respiratória

LINHA “b”: registrar a doença ou afecção que levou à causa terminal mencionada na linha “a”

Se afecção mencionada na linha “b” foi devida a uma terceira, esta deve ser registrada na linha “c”, lembrando que na última linha deve ser registrada a causa básica da morte

Atentar para a frase “**devido a ou como conseqüência de**” impressa entre as linhas da parte I

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

- NÃO É OBRIGATÓRIO QUE A SEQÜÊNCIA TENHA TODAS AS LINHAS PREENCHIDAS DE “a” ATÉ “d”**
- EVITAR SINTOMAS E CAUSAS TERMINAIS, COMO INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E RESPIRATÓRIA**
- SE FOR REGISTRADA INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃO OU SISTEMA, DEVE-SE SEMPRE DECLARAR A SUA ETIOLOGIA NA LINHA IMEDIATAMENTE ABAIXO**

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

PARTE II:

**REGISTRAR TODAS AS DOENÇAS OU AFECÇÕES QUE
CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, MAS QUE NÃO
ESTEJAM DIRETAMENTE RELACIONADAS COM A
CADEIA DE EVENTOS REGISTRADA NA PARTE I.**

Bloco V – Condições e Causas de morte (campo 40)

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
07 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 3 No aborto <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> 8 Não ocorreu nestes períodos		08 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			09 Necrópsia ? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
10 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		
a		Causa terminal			CID		
b		Devido ou como consequência de: Causa interveniente					
c		Devido ou como consequência de: Causa interveniente					
d		Devido ou como consequência de: Causa básica					
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Causas contribuintes (não fazem parte da sequência das causas da parte I)					

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Resumindo:

“a lógica de preenchimento das causas do óbito
na parte I é

fisiopatológica”

~~não é a do rastreamento dos sinais ou sintomas~~

e deve ter perspectiva epidemiológica

EXEMPLOS
PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40
DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

QUANDO A MORTE FOR CONSEQÜÊNCIA DE UMA
CIRURGIA OU PROCEDIMENTO

ATESTAR A DOENÇA QUE INICIOU
A SUCESSÃO DE EVENTOS QUE MOTIVOU
A CIRURGIA OU O PROCEDIMENTO

CIRURGIAS

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 aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 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 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			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 Choque séptico			2 dias			
		b Devido ou como consequência de: broncopneumonia			6 dias			
		c Devido ou como consequência de: Cirurgia cardíaca			8 dias			
		d Devido ou como consequência de: Tetralogia de Fallot			5 meses			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		-----			----			
		-----			----			

PROCEDIMENTOS

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37) A morte ocorreu

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

ASSISTÊNCIA MÉDICA

38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

- Sim Não Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39) Necrópsia ?

- Sim Não Ignorado

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
a	Choque séptico	2 dias	
	Devido ou como consequência de:		
b	peritonite	6 dias	
	Devido ou como consequência de:		
c	Diálise peritoneal	6 meses	
	Devido ou como consequência de:		
d	Insuficiência renal crônica por nefropatia diabética	3 anos	
	-----	----	
	-----	----	

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

EXEMPLOS
PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40
DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

QUANDO FOR CITADA **UMA NEOPLASIA**

DEVEM SER DECLARADAS A SUA LOCALIZAÇÃO
PRIMÁRIA E SUA NATUREZA (BENIGNA OU MALIGNA)

SE DESCONHECIDAS, DECLARAR COMO
“**sítio primário desconhecido**” ou
“**comportamento incerto**”.

NEOPLASIAS

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 aborto <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o parto <input checked="" 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 Necrópsia ? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
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	colitepseudomembranosa		5 dias		
b	Devido ou como consequência de: imunossupressão		2 meses		
c	Devido ou como consequência de: quimioterapia		4 meses		
d	Devido ou como consequência de: neoplasia maligna de mama		9 meses		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		-----		----	
		-----		----	

EXEMPLOS PARA O PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

ÓBITOS PERINATAIS

Quando a morte for **conseqüência de patologia materna**,
atestar a **doença materna** que determinou
a cadeia de eventos que conduziu à morte
na última linha da parte I

Óbitos Perinatais



B
L
O
C
O
I
V

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

27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída)			Série		29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002	
2 8		Nível			9		estoquista			
0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade		3 <input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)			<input type="checkbox"/> Ignorado					
1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)		4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto			<input type="checkbox"/>					
2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		5 <input type="checkbox"/> Superior completo								
30 Número de filhos tidos		31 N° de semanas de gestação		32 Tipo de gravidez		33 Tipo de parto		34 Morte em relação ao parto		
Nascidos vivos		Perdas fetais/abortos		1 <input checked="" type="checkbox"/> Única		1 <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal		1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input checked="" type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
_ 0		0 0		2 <input type="checkbox"/> Dupla		2 <input type="checkbox"/> Cesáreo				
99 <input type="checkbox"/> Ignorado		99 <input type="checkbox"/> Ignorado		3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais		9 <input type="checkbox"/> Ignorado				
		3 6		9 <input type="checkbox"/> Ignorada				35 Peso ao nascer		
		99 <input type="checkbox"/> Ignorado						1 8 0 0 Gramas		
								36 Número da Declaração de Nascido Vivo		
								9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		

B
L
O
C
O
V

CAUSAS DA MORTE PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existem, 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.

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
a	meningite neonatal	2 dias	
b	septicemia	4 dias	
c	prematuridade	---	
d	doença materna hipertensiva específica da gravidez	7 meses	
	-----	---	
	-----	---	

EXEMPLO

DE PREENCHIMENTO DO CAMPO 40 DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

destaque para a parte II

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <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.	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	septicemia	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte 5 dias
	Devido ou como consequência de:	
b	Pneumonia aspirativa	10 dias
	Devido ou como consequência de:	
c	Acidente vascular cerebral isquêmico	15 dias
	Devido ou como consequência de:	
d	Crise hipertensiva	15 dias
<hr/>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	Diabetes Mellitus	25 anos
	Seqüela de tuberculose	48 anos

EXEMPLO 1

Paciente do sexo masculino, 53 anos, com diagnóstico de obesidade mórbida.

Submetido a cirurgia redutora do estômago e recebeu alta hospitalar.

Retornou no 5º dia do pós-operatório, quando foi diagnosticado a fístula da anastomose esôfago-gástrica.

Realizada cirurgia com sutura da fístula, porém evoluiu com peritonite e septicemia, falecendo 10 dias depois.

EXEMPLO 1

Preenchimento do bloco V da Declaração de Óbito

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 peritonite Devido ou como consequência de:	3 dias	
	b Fístula gástrica Devido ou como consequência de:	4 dias	
	c Cirurgia para redução do estômago Devido ou como consequência de:	23 dias	
	d obesidade mórbida Devido ou como consequência de:	anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	hipercolesterolemia	---	
	-----	---	

EXEMPLO 2

Gestante com 19 semanas de gestação chegou no PS com dor em baixo ventre e sangramento vaginal iniciados há 2 horas.

Detectado descolamento prematura da placenta, evoluiu com piora do sangramento e perda fetal, natimorto com 500g

Questionamentos:

1. É obrigatório o preenchimento da DO?
2. A quem cabe preenchê-la?

Óbitos Perinatais



B
L
O
C
O
I
V

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

27 Idade (anos) 2 8	28 Escolaridade (última série concluída) Nível 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 checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	Série 9	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) estoquista	Código CBO 2002
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos: 0 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Nº de semanas de gestação 19 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	32 Tipo de gravidez 1 <input checked="" type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input checked="" type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		35 Peso ao nascer 500 Gramas	36 Número da Declaração de Nascido Vivo	

B
L
O
C
O
V

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			
b	óbito intrauterino	ignorado	
c	Rotura de membrana amniótica	2 horas	
d	Descolamento prematuro de placenta	2 horas	
	-----	---	
	-----	---	

PARTE II

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

EXEMPLO 3

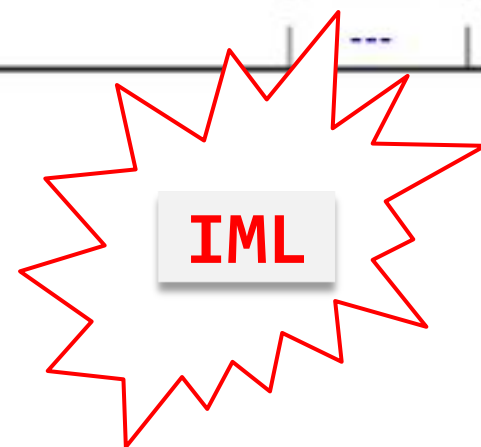
Paciente do sexo masculino, 23 anos,
reinternado por quadro de
escara infectada em região sacral,
evoluiu com piora da lesão,
celulite da região glútea,
síndrome de Fournier e
choque séptico

Como dados relevantes de antecedentes pessoais
tinha história de ter sofrido acidente de moto há 5
anos, com trauma raquimedular
e evoluiu para tetraplegia

EXEMPLO 3

Preenchimento do bloco V da Declaração de Óbito

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. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Choque séptico		1 dia	
		Devido ou como consequência de:			
	b	Úlcera de decúbito infectada		6 dias	
		Devido ou como consequência de:			
	c	tetraplegia		5 anos	
		Devido ou como consequência de:			
	d	Sequela de acidente de trânsito		5 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		-----		---	
		-----		---	



Equipe Técnica – PRO-AIM

Fátima, Iracema, Malu, Michel, Mauro, Paulo,
Ricardo, Rosana e Rosário

Tel: 3397. 2558 / 2247 / 2150

www.prefeitura.sp.gov.br/saude/

mortalidade/tabnet

proaim@prefeitura.sp.gov.br

www.proaimsp.blogspot.com.br

I	Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <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	
II	Residência	8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> 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 6 <input type="checkbox"/> Ignorado
		12 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)	Número	Complemento	13 CEP
III	Ocorrência	14 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Domicílio 3 <input type="checkbox"/> Outros 4 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 5 <input type="checkbox"/> Via pública	15 Estabelecimento Código CNES	16 Bairro/Distrito	17 Código
		18 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	19 CEP
IV	Fetal ou menor que 1 ano	20 Estado (anos)	21 Escolaridade (última série concluída) Nível 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)	22 Idade	23 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002
		24 Número de filhos vivos	25 Nº de gestações de gemênios	26 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	27 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V	Condições e causas do óbito	28 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto 3 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 5 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos	29 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	30 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Peso ao nascer Gramas
		32 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	33 ASSISTÊNCIA MÉDICA	34 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
VI	Médico	35 Nome do Médico	36 CRM	37 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> Int.	38 Município e UF do SVO ou IML UF
		39 Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)	40 Data do atestado	41 Assinatura	
VII	Causas externas	42 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	43 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico) 1 <input type="checkbox"/> Sem 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não 4 <input type="checkbox"/> Não 5 <input type="checkbox"/> Não	44 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	45 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência
		46 A Ocorrência for em via pública, anotar o endereço 47 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Código		
VIII	Cartório	48 Cartório	Código	49 Registro	50 Data
		51 Município			52 UF
IX	Localid. S/Médico	53 Declarante	54 Testemunhas A B		

Modelo atual:
2010/2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SVS

USOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

Interesse legal

Interesse demográfico

Interesse epidemiológico



FATORES QUE PREJUDICAM A QUALIDADE DAS ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE RELACIONADOS À DO

Subregistro

Causas mal definidas

Codificação incorreta

Digitação incorreta

Omissão por motivos: éticos, legais, culturais, religiosos

Variáveis ignoradas

Preenchimento incorreto

(*diretamente relacionados ao médico)

LEGISLAÇÃO

**Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.015 (31/12/1973),
alterada pela Lei nº 6.216 (30.06.1975)**

Capítulo IX Do Óbito

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

LEGISLAÇÃO

**Código Processo Penal - Decreto-lei Nº 3.689, de
3 de outubro de 1941**

CAPÍTULO II

DO EXAME DO CORPO DE DELITO, E DAS PERÍCIAS EM GERAL

Art. 158. Quando a infração deixar vestígios, será indispensável
o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo
supri-lo a confissão do acusado.

LEGISLAÇÃO
Conselho Federal de Medicina
Código de Ética Médica (set. 2009)

CAPÍTULO X - é vedado ao médico:

Artigo 83 – Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência médica ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico-substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Artigo 84 – Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

LEGISLAÇÃO

RESOLUÇÃO CFM nº 1.601/2000

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000

▶ **RESOLVE:**

▶ Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte .

LEGISLAÇÃO

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

MORTE NATURAL:

I. Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO):

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO :

A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

LEGISLAÇÃO

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

MORTE NATURAL:

II. Morte com assistência médica:

- a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.
- b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.
- c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;
- d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

LEGISLAÇÃO

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

LEGISLAÇÃO

RESOLUÇÃO CFM nº 1.779/2005

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

3) Mortes violentas ou não naturais:

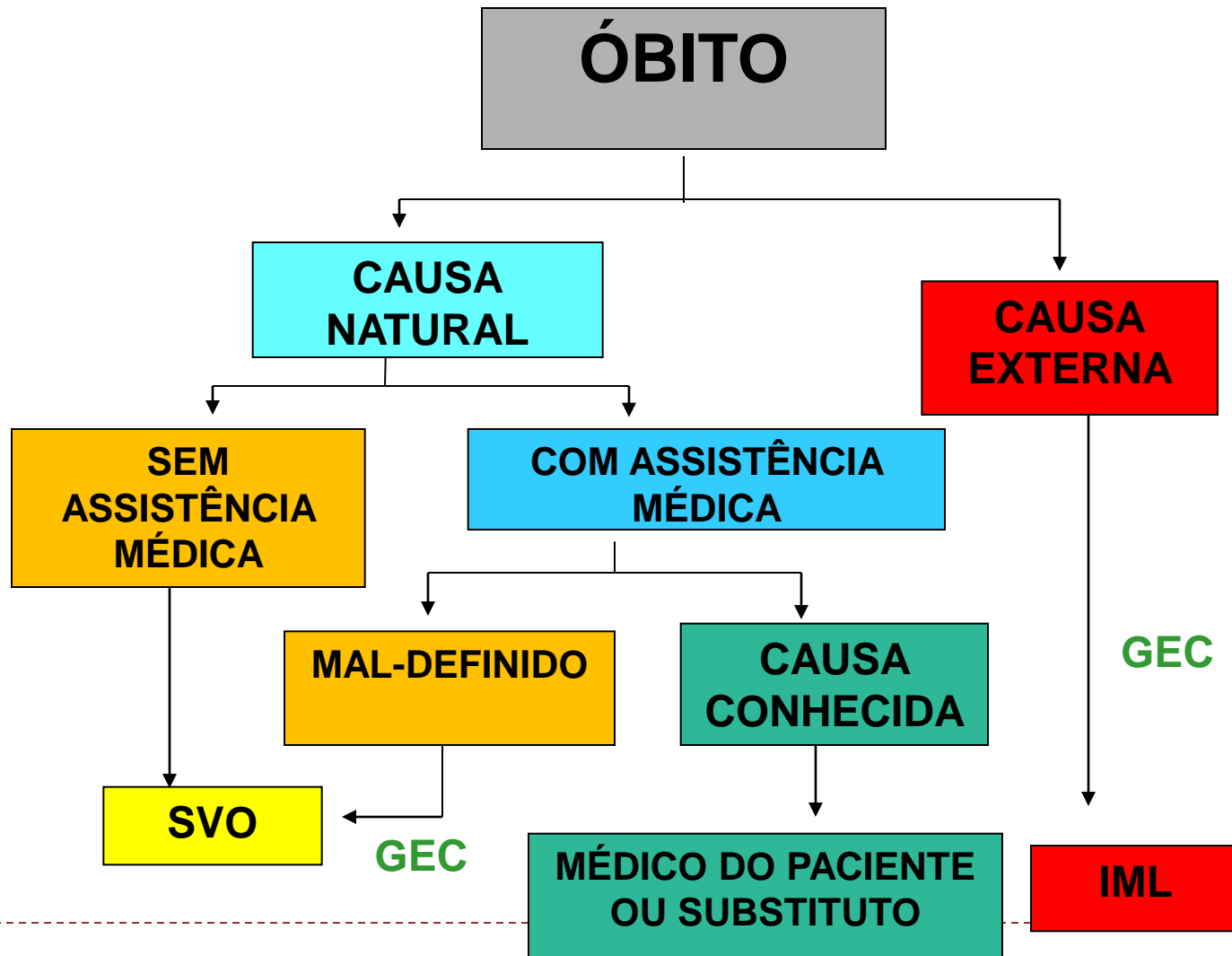
A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas I (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

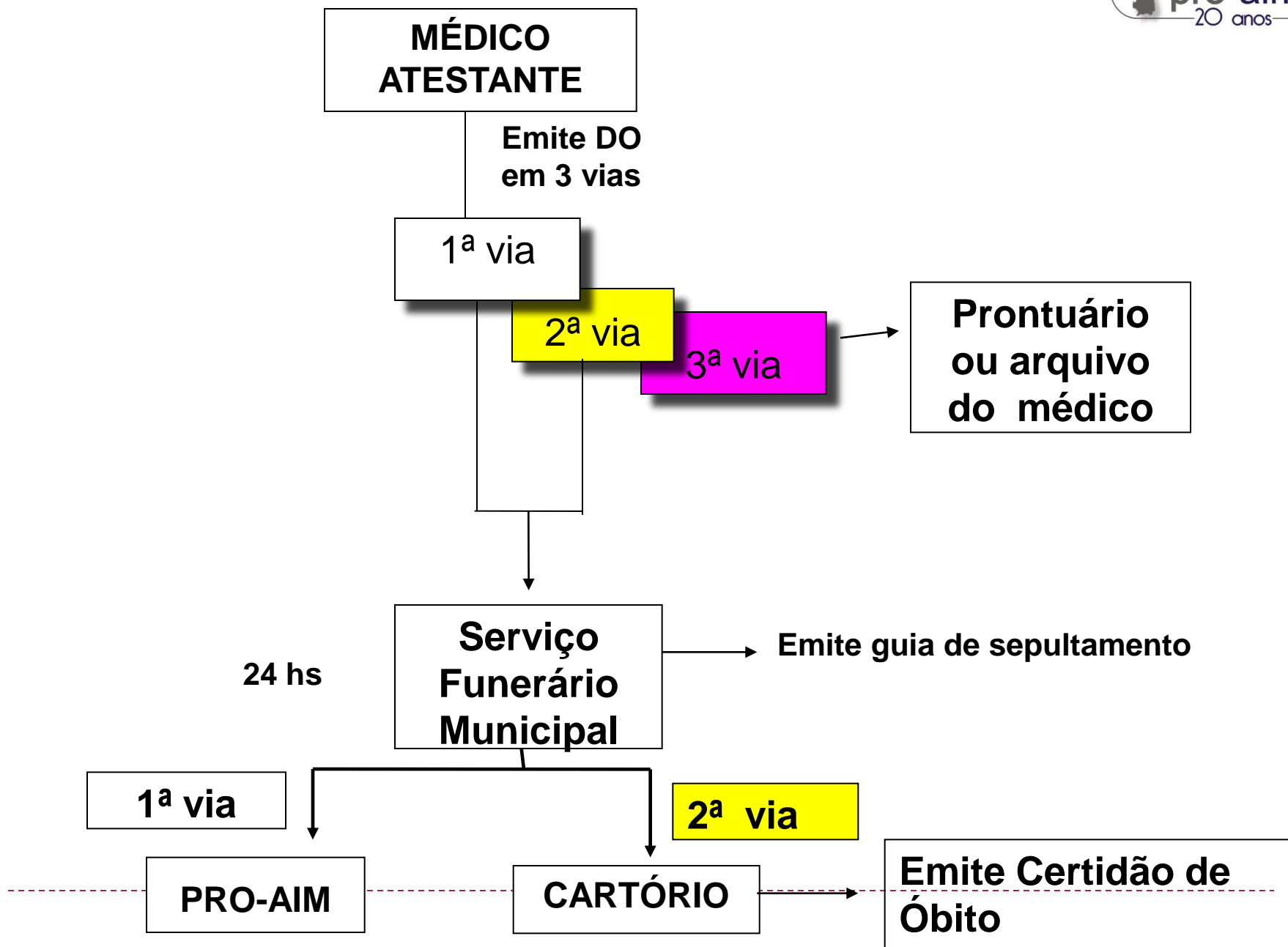
CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

- ◆ A DECLARAÇÃO DE ÓBITO DEVE SER PREENCHIDA PARA TODOS OS ÓBITOS, INCLUSIVE OS FETAIS DE PESO \geq 500 GRAMAS OU DE ESTATURA \geq 25 CM OU DE IDADE GESTACIONAL \geq 20 SEMANAS
- ◆ O MÉDICO NÃO DEVE ASSINAR A DECLARAÇÃO DE ÓBITO EM BRANCO (CONFERINDO TODOS OS CAMPOS DA D.O.)
- ◆ O PREENCHIMENTO DEVE SER FEITO COM LETRA LEGÍVEL. NÃO UTILIZAR SIGLAS OU ABREVIACÕES

A QUEM CABE ATESTAR O ÓBITO?



FLUXO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO



Estrutura da Declaração de Óbito

- ▶ **Bloco I: Identificação**
- ▶ **Bloco II: Residência**
- ▶ **Bloco III: Local de ocorrência**
- ▶ **Bloco IV: Óbito fetal ou menor que 1 ano**
- ▶ **Bloco V: Condições e causas do óbito**
- ▶ **Bloco VI: Médico**
- ▶ **Bloco VII: Causas externas**
- ▶ **Bloco VIII: Cartório**
- ▶ **Bloco IX: Localidade sem médico**

**Informações que
o médico deve preencher**

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO (CAMPOS DE 1 A 14)

DESTINA-SE A COLHER INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A IDENTIDADE DO FALECIDO E SEUS PAIS.

1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <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 9		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 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 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 Série 9				14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002					

BLOCO II – RESIDÊNCIA (CAMPOS DE 15 A 19)

DESTINA-SE A COLHER DADOS SOBRE A RESIDÊNCIA DO FALECIDO.

The form consists of two rows of data entry fields. The first row contains fields for address details, and the second row contains fields for location codes. Field 16 (CEP) is highlighted with a red circle.

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

BLOCO III OCORRÊNCIA (CAMPOS DE 20 A 26)

DESTINA-SE A COLHER INFORMAÇÕES SOBRE O LOCAL ONDE OCORREU O ÓBITO.

20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública		Ignorado <input type="checkbox"/> 9	23 Estabelecimento Código CNES	
22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (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)

DESTINA-SE A COLHER INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE DO FALECIDO EM CASOS DE ÓBITO FETAL OU MENOR DE 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 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"/>	Série	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002			
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos Perdas fetais/ abortos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Nº de semanas de gestação 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Peso ao nascer Grans	36 Número da Declaração de Nascido Vivo

Essas informações são fundamentais para o estudo da Mortalidade infantil

BLOCO V – CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO (Campos de 37 a 40)

DESTINA-SE A QUALIFICAR AS CONDIÇÕES E CAUSAS QUE PROVOCARAM O ÓBITO

É A FONTE DA **CAUSA BÁSICA** DO ÓBITO
E DOS AGRAVOS QUE PARA ELA CONTRIBUÍRAM

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 aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 9		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			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 Devido ou como consequência de:					
		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.							

BLOCO V (CAMPO 37)

SE O ÓBITO OCORRER EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL
(ENTRE 10 E 49 ANOS), OS ÍTENS DOS CAMPOS 37
DEVEM SER PREENCHIDOS



ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

37 A morte ocorreu

1 Na gravidez

3 No aborto

5 De 43 dias a 1 ano após o parto

Ignorado

2 No parto

4 Até 42 dias após o parto

8 Não ocorreu nestes períodos

9

**Essas informações são fundamentais para
o estudo da Mortalidade Materna**

BLOCO VI – MÉDICO (CAMPOS DE 41 A 47)

DESTINA-SE A COLHER INFORMAÇÕES SOBRE O MÉDICO
QUE ASSINA A DO E POSSIBILITA CONTATO/ACESSO

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 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outro	44 Município e UF do SVO ou IML UF
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura	

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

DESTINA-SE A COLHER INFORMAÇÕES SOBRE
O PROVÁVEL TIPO DE MORTE POR VIOLÊNCIAS

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)								
48 Tipo	Ignorado	49 Acidente do Trabalho	Ignorado	50 Fonte da informação	Ignorado			
1 <input type="checkbox"/> Acidente		1 <input type="checkbox"/> Sim		1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência		3 <input type="checkbox"/> Família		
2 <input type="checkbox"/> Suicídio		2 <input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/> Hospital		4 <input type="checkbox"/> Outra		
	9 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>				9 <input type="checkbox"/>	
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência								
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO								
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)						Código		

**É DE GRANDE IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COMPLEMENTA OS DADOS DO BLOCOS**

DEFININDO AS CAUSAS DO ÓBITO NAS SITUAÇÕES DE MORTE VIOLENTA
(CAP XX CID-10 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE)

BLOCO VIII – CARTÓRIO (CAMPOS DE 53 A 57)

DESTINA-SE A COLHER DADOS REFERENTES AO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL ONDE FOI EFETUADO O REGISTRO DO ÓBITO,
O NÚMERO E DATA DO REGISTRO

53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data
56 Município			57 UF

BLOCO IX – LOCALIDADE SEM MÉDICO (CAMPOS DE 58 A 59)

O PREENCHIMENTO FICA A CARGO DO CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
(LEI DO REGISTRO CIVIL - *ART.77: SE NÃO HOUVER MÉDICO NO LUGAR,
DUAS PESSOAS QUALIFICADAS QUE TENHAM PRESENCIADO OU
VERIFICADO A MORTE TESTEMUNHAM O FATO*)

58 Declarante

59 Testemunhas

A

B