



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

Morte em Relação ao Parto Antes Durante Depois 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 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: _____

Funerária Responsável pelo transporte: _____

Motorista: _____ Assinatura: _____

Responsável da Unidade de Saúde pela liberação: Nome: _____

Categoria Profissional: _____ Assinatura: _____