

# A Declaração de Óbito

Cons. Henrique Oliveira Filho



# APRESENTAÇÃO

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

**Declaração de Óbito** 17608518-1

**Identificação**

Nome do Paf [ ] Nome da Mf [ ]

Data de nascimento [ ] Idade [ ] Sexo [ ] Situação cônjugal [ ]

Local de residência [ ] Cidade [ ] Municipio de residência [ ] CEP [ ]

Endereço de ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência [rua, praça, avenida, etc.] Número [ ] Complemento [ ] CEP [ ]

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

Estado [ ] Escalabilidade (última série concluída) [ ]

Nascida [ ] Perdeu fetal [ ] Série [ ]

Médio (até 2º grau) [ ] Ignorado [ ]

Superior incompleto [ ] Superior completo [ ]

Antes [ ] Durante [ ] Depois [ ] Ignorado [ ]

Peso ao nascer [ ] Número da Declaração de Nascido Viva [ ]

**ASISTÊNCIA MÉDICA** **DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:**

Recebeu assist. médica durante a gestação [ ] Necropsia? [ ]

De 43 dias a 1 ano após o parto [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado [ ]

Não ocorreu nestas períodos [ ]

**ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL**

A morte ocorreu [ ] No aborto [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto [ ]

Antes [ ] Durante [ ] Depois [ ] Ignorado [ ]

Não ocorreu nestas períodos [ ]

**ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA**

Dêvito ou consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

**Parte II**

Ocorreram condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa mortis?

Causas Antecedentes

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa mortis?

**Provaíveis Circunstâncias de Morte não Natural (informações de caráter estatístico epidemiológico)**

Type [ ] Autópsia [ ] Homicídio [ ] Acidente do trabalho [ ] Ignorado [ ] Fonte da informação [ ]

Assistente [ ] Substituto [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

Mais de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) [ ] Data do atestado [ ] Assinatura [ ] UF [ ]

**Causas externas**

Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência [ ]

**Se a OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO**  
 Endereço (rua, praça, avenida, etc.) [ ] Código [ ]

**Características**

Município [ ]

**IX**

Licenciado [ ] Si Médico [ ]

Declarante [ ] Testemunhas [ ] A [ ] B [ ]

Versão 01/10 - 2ª impressão 11/2010

**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**  
**2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**

**Declaração de Óbito** 17608518-1

**Identificação**

Nome do Paf [ ] Nome da Mf [ ]

Data de nascimento [ ] Idade [ ] Sexo [ ] Situação cônjugal [ ]

Local de residência [ ] Cidade [ ] Municipio de residência [ ] CEP [ ]

Endereço de ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência [rua, praça, avenida, etc.] Número [ ] Complemento [ ] CEP [ ]

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

Estado [ ] Escalabilidade (última série concluída) [ ]

Nascida [ ] Perdeu fetal [ ] Série [ ]

Médio (até 2º grau) [ ] Ignorado [ ]

Superior incompleto [ ] Superior completo [ ]

Antes [ ] Durante [ ] Depois [ ] Ignorado [ ]

Peso ao nascer [ ] Número da Declaração de Nascido Viva [ ]

**ASISTÊNCIA MÉDICA** **DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:**

Recebeu assist. médica durante a gestação [ ] Necropsia? [ ]

De 43 dias a 1 ano após o parto [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado [ ]

Não ocorreu nestas períodos [ ]

**ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL**

A morte ocorreu [ ] No aborto [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto [ ]

Antes [ ] Durante [ ] Depois [ ] Ignorado [ ]

Não ocorreu nestas períodos [ ]

**ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA**

Dêvito ou consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

**Parte II**

Ocorreram condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa mortis?

Causas Antecedentes

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa mortis?

**Provaíveis Circunstâncias de Morte não Natural (informações de caráter estatístico epidemiológico)**

Type [ ] Autópsia [ ] Homicídio [ ] Acidente do trabalho [ ] Ignorado [ ] Fonte da informação [ ]

Assistente [ ] Substituto [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

Mais de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) [ ] Data do atestado [ ] Assinatura [ ] UF [ ]

**Causas externas**

Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência [ ]

**Se a OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO**  
 Endereço (rua, praça, avenida, etc.) [ ] Código [ ]

**Características**

Município [ ]

**IX**

Licenciado [ ] Si Médico [ ]

Declarante [ ] Testemunhas [ ] A [ ] B [ ]

Versão 01/10 - 2ª impressão 11/2010

**República Federativa do Brasil**  
**Ministério da Saúde**  
**3ª VIA - UNIDADE DE SAÚDE**

**Declaração de Óbito** 17608518-1

**Identificação**

Nome do Paf [ ] Nome da Mf [ ]

Data de nascimento [ ] Idade [ ] Sexo [ ] Situação cônjugal [ ]

Local de residência [ ] Cidade [ ] Municipio de residência [ ] CEP [ ]

Endereço de ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência [rua, praça, avenida, etc.] Número [ ] Complemento [ ] CEP [ ]

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

Estado [ ] Escalabilidade (última série concluída) [ ]

Nascida [ ] Perdeu fetal [ ] Série [ ]

Médio (até 2º grau) [ ] Ignorado [ ]

Superior incompleto [ ] Superior completo [ ]

Antes [ ] Durante [ ] Depois [ ] Ignorado [ ]

Peso ao nascer [ ] Número da Declaração de Nascido Viva [ ]

**ASISTÊNCIA MÉDICA** **DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:**

Recebeu assist. médica durante a gestação [ ] Necropsia? [ ]

De 43 dias a 1 ano após o parto [ ] Sim [ ] Não [ ] Ignorado [ ]

Não ocorreu nestas períodos [ ]

**ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL**

A morte ocorreu [ ] No aborto [ ] De 43 dias a 1 ano após o parto [ ]

Antes [ ] Durante [ ] Depois [ ] Ignorado [ ]

Não ocorreu nestas períodos [ ]

**ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA**

Dêvito ou consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

Dêvito ou como consequência de: [ ]

**Parte II**

Ocorreram condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa mortis?

Causas Antecedentes

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa mortis?

**Provaíveis Circunstâncias de Morte não Natural (informações de caráter estatístico epidemiológico)**

Type [ ] Autópsia [ ] Homicídio [ ] Acidente do trabalho [ ] Ignorado [ ] Fonte da informação [ ]

Assistente [ ] Substituto [ ] Outro [ ] Ignorado [ ]

Mais de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) [ ] Data do atestado [ ] Assinatura [ ] UF [ ]

**Causas externas**

Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência [ ]

**Se a OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO**  
 Endereço (rua, praça, avenida, etc.) [ ] Código [ ]

**Características**

Município [ ]

**IX**

Licenciado [ ] Si Médico [ ]

Declarante [ ] Testemunhas [ ] A [ ] B [ ]

Versão 01/10 - 2ª impressão 11/2010

# CAMPO I

## IDENTIFICAÇÃO



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

### Declaração de Óbito

17608518-1

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

**INDISPENSÁVEL!**

## NASCIDO VIVO

"É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta."<sup>(1,3)</sup>

## ÓBITO FETAL, MORTE FETAL OU PERDA FETAL

"É a morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo."<sup>(1,3)</sup>

# CAMPO II

RESIDÊNCIA

# CAMPO III

OCORRÊNCIA

# CAMPO IV

FETAL OU MENOR QUE 1 ANO

# CAMPO V

CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO

## **CAUSA BÁSICA DA MORTE**

É "a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal".

# CAMPO VI

MÉDICO

## Para Cremação do corpo:

- Morte natural: 2 médicos assinam a Declaração de Óbito

## Observação:

Se o corpo for necropsiado por legista, só uma assinatura é suficiente

# CAMPO VII

## CAUSAS EXTERNAS

Para Cremação do corpo:

- Morte violenta: o médico legista assinará a Declaração de Óbito, mas a cremação do corpo só pode ser realizada após autorização da Autoridade Judiciária.

# CAMPO VIII

CARTÓRIO

# CAMPO IX

LOCALIDADE S/ MÉDICO

# OBJETIVOS PRINCIPAIS

1. O primeiro é o de ser o documento padrão para a coleta das informações sobre a mortalidade que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil”; com isto:
  - Identifica-se as “principais causas de morte na população”
  - Serve de base “para adoção de medidas de prevenção e controle da mortalidade”
  - Fornece dados para pesquisa científica
  - Fundamenta “mudanças na legislação sanitária”
  - Promove a liberação de verbas para prevenção de doenças e acidentes.

# **OBJETIVOS PRINCIPAIS**

- 2.** O segundo, de caráter jurídico é o de ser o documento hábil conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei 6015/73, para lavratura pelos cartórios de Registro Civil da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidade legais do sepultamento.

# AQUISIÇÃO

- Secretarias Municipais de Saúde
- Sub-Coordenadoria de Informação de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde/SUIS, 4º andar - Comércio)

# QUANDO EMITIR A D.O.?

- Em casos de desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação

(Conceito de Morte da OMS)

# **QUEM DEVE EMITIR A D.O.?**

## **1. Morte Natural:**

### **● Sem assistência médica:**

- Localidades com SVO – Médicos do SVO
- Localidades sem SVO – Médicos do Serviço Público de Saúde, por qualquer médico da localidade

### **● Com assistência Médica:**

- Médico assistente
- Médico substituto
- Médico designado pela instituição
- SVO

# **QUEM DEVE EMITIR A D.O.?**

## **2. Morte Fetal:**

- Médicos que prestaram assistência à mãe quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas; peso corporal igual ou superior à 500gr; e/ou estatura igual ou maior que 25 cm

## **3. Morte Violenta ou Não Naturais:**

- Obrigatoriamente médicos de serviços médicos legais

### **Observação:**

Em locais sem médicos, a D.O. será preenchida pelo cartório com a presença do declarante e 2 testemunhas devidamente identificadas.

# OBSERVAÇÕES IMPORTANTES!

- É proibido usar cópia do formulário da D.O.
- Nunca romper ou jogar no lixo esses formulários
- Em caso de erro em alguma informação, anular o formulário rasurado e encaminhar o bloco à SMS.
- Nunca emitir D.O. para enterrar peças anatômicas
- Cor e sexo em óbito fetal nem sempre é possível determinar

# OBSERVAÇÕES IMPORTANTES!

- Em casos de óbito em ambulância com médico, este fornecerá a D.O. se for morte natural e tiver elementos para diagnóstico de causa mort; não os tendo, poderá colocar: “causa morte desconhecida”
- Em casos de óbito em ambulância sem médico, não havendo sinais de violência no corpo, o médico do hospital ao qual a ambulância pertence poderá fornecer a D.O. baseando-se em relatório médico ou de transferência. Caso contrário, coloca-se “causa morte desconhecida”.

# OBSERVAÇÕES IMPORTANTES!

- Se RN expressar qualquer sinal de vida após o nascimento e falece, independente do tempo de gestação, emitir D.N. e D.O.
- Nunca emitir D.O. sem verificar o óbito pessoalmente e conferir a identificação do falecido! Caso haja suspeita de violência ou dúvidas na identificação do corpo, não emitir a D.O.
- Na condição de médico de serviço público ou único médico da cidade (que não tenha prestado assistência), além de verificar o óbito pessoalmente, não pode esquecer de colocar na D.O.: “óbito sem assistência médica”, quando for o caso, e no campo 51, colocar: “não há sinais externos de violência”

# OBSERVAÇÕES IMPORTANTES!

- Preencher todos os campos da D.O., no que couber, e de forma coerente, sem rasuras, legível e sem uso de siglas.
- O médico **não pode cobrar honorários** para emitir D.O. de paciente que **vinha prestando assistência médica**. (Parecer CFM 17/1988)
- Verificar se há inconsistência entre as informações na D.O.
- Não assinar a D.O. sem que ela esteja devidamente preenchida
- O médico é responsável por todas as informações contidas na D.O.

# *Muito Obrigado!*

**Cons. Henrique Oliveira Filho**

[comissoes@cremeb.org.br](mailto:comissoes@cremeb.org.br)

[www.cremeb.org.br](http://www.cremeb.org.br)



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**CREMEB**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA