

# A Declaração de Óbito

Cons. Henrique Oliveira Filho



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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

# APRESENTAÇÃO

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
1ª VIA - Declaração de Óbito

Declaração de Óbito

17608518-1

<p><b>I</b> Identificação</p> <p>1 Tipo de título <input type="checkbox"/> 1a Data do óbito _____ Hora _____ Cartão SUS _____ 2 Naturalidade _____</p> <p>3 Nome do Falecido _____</p>		<p>4 Nome do Pai _____</p> <p>5 Data de nascimento _____ 6 Idade _____ 7 Sexo _____ 8 Estado _____ 9 País _____ 10 Nacionalidade _____</p> <p>11 Data de nascimento _____ 12 Idade _____ 13 Sexo _____ 14 Estado _____ 15 País _____ 16 Nacionalidade _____</p>	
<p>17 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>18 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>19 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>20 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>21 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>22 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>23 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>24 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>25 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>26 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>27 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>28 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>29 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>30 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>31 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>32 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>33 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>34 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>35 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>36 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>37 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>38 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>39 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>40 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>41 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>42 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>43 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>44 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>45 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>46 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>47 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>48 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>49 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>50 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>51 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>52 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>53 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>54 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>55 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>56 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>57 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>58 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>59 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>60 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>61 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>62 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>63 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>64 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>65 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>66 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>67 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>68 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>69 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>70 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>71 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>72 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>73 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>74 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>75 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>76 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>77 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>78 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>79 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>80 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>81 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>82 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>83 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>84 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>85 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>86 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>87 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>88 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>89 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>90 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>91 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>92 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>93 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>94 Exatidão (última série concluída) _____</p>	
<p>95 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>96 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>97 Exatidão (última série concluída) _____</p>		<p>98 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>99 Exatidão (última série concluída) _____</p> <p>100 Exatidão (última série concluída) _____</p>	

17608518-1

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

Declaração de Óbito

17608518-1


I	Identificação	1) Tipo de óbito	2) Data do óbito	Nome	3) Cartão SUS	4) Naturalidade
		5) Nome do Falecido	Município UF de nascimento (Estado, País)			
II	Residência	6) Nome do Pai	7) Nome da Mãe			
		8) Data de nascimento	9) Idade	10) Sexo	11) Base	12) Assinatura
III	Causa	14) Especialidade (última série concluída)	15) Sexo	16) Data de nascimento	17) Situação cívica	18) Situação cívica
		19) Especialidade (última série concluída)	20) Sexo	21) Data de nascimento	22) Situação cívica	23) Situação cívica
IV	Faleceu no domicílio ou em outro local	24) Local de ocorrência do óbito	25) Município de residência	26) CEP		
		27) Local de ocorrência do óbito	28) Município de residência	29) CEP		
V	Causas e causas de óbito	30) Local de ocorrência do óbito	31) Município de residência	32) CEP		
		33) Local de ocorrência do óbito	34) Município de residência	35) CEP		
VI	Médico	36) Nome do Médico	37) CRM	38) Data do óbito	39) Município e UF do DBO no SUS	UF
		40) Nome do Médico	41) CRM	42) Data do óbito	43) Município e UF do DBO no SUS	UF
VII	Causas externas	44) Nome do Médico	45) CRM	46) Data do óbito	47) Município e UF do DBO no SUS	UF
		48) Nome do Médico	49) CRM	50) Data do óbito	51) Município e UF do DBO no SUS	UF
VIII	Causas internas	52) Nome do Médico	53) CRM	54) Data do óbito	55) Município e UF do DBO no SUS	UF
		56) Nome do Médico	57) CRM	58) Data do óbito	59) Município e UF do DBO no SUS	UF
IX	Causas externas	60) Nome do Médico	61) CRM	62) Data do óbito	63) Município e UF do DBO no SUS	UF
		64) Nome do Médico	65) CRM	66) Data do óbito	67) Município e UF do DBO no SUS	UF
X	Causas internas	68) Nome do Médico	69) CRM	70) Data do óbito	71) Município e UF do DBO no SUS	UF
		72) Nome do Médico	73) CRM	74) Data do óbito	75) Município e UF do DBO no SUS	UF

Modelo 1010 - 2ª edição (2010)

[illegible]

# CAMPO I

## IDENTIFICAÇÃO

 <b>República Federativa do Brasil</b> <b>Ministério da Saúde</b> 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		<b>Declaração de Óbito</b>		<b>17608518-1</b>	
<b>1</b> Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal		<b>2</b> Data do óbito <b>INDISPENSÁVEL!</b>		<b>3</b> Cartão SUS	
<b>4</b> Naturalidade 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 Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado		<b>10</b> Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
				<b>11</b> 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	
				<b>12</b> 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"/> Ignorada	
<b>13</b> 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)			<b>14</b> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002		
3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo			Ignorado 9		

## 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>



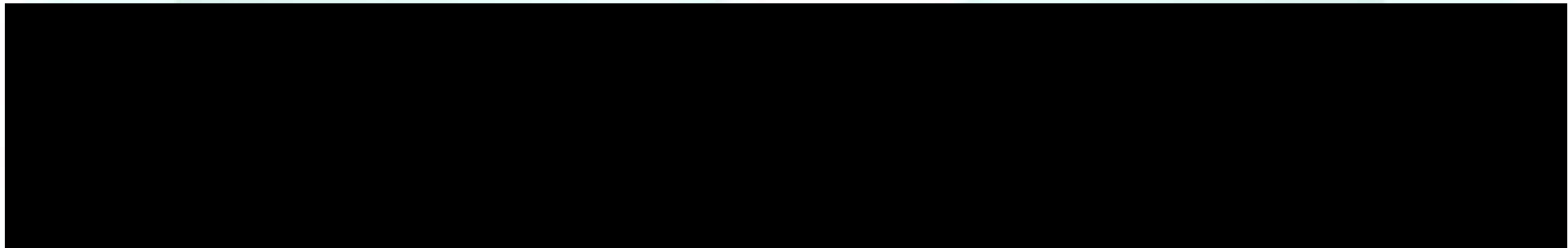
# CAMPO II

RESIDÊNCIA



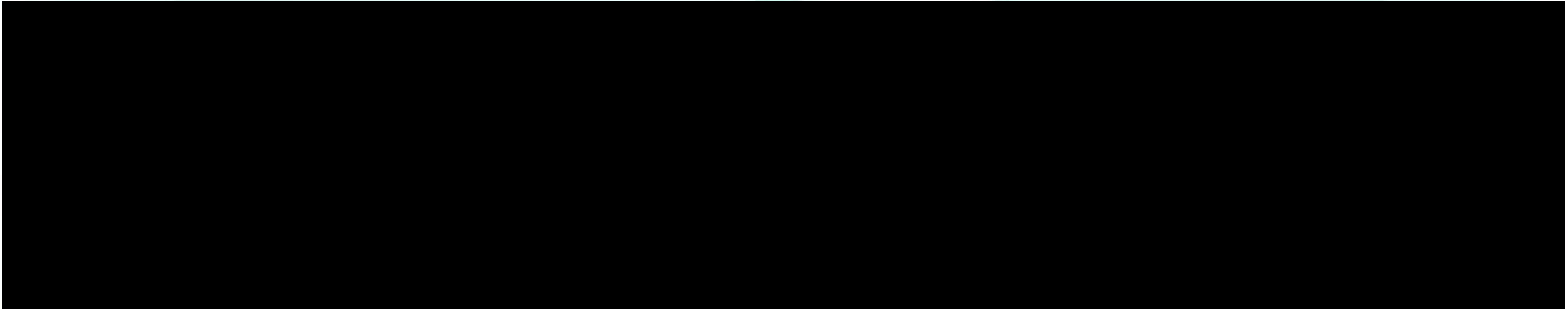
# CAMPO III

OCORRÊNCIA



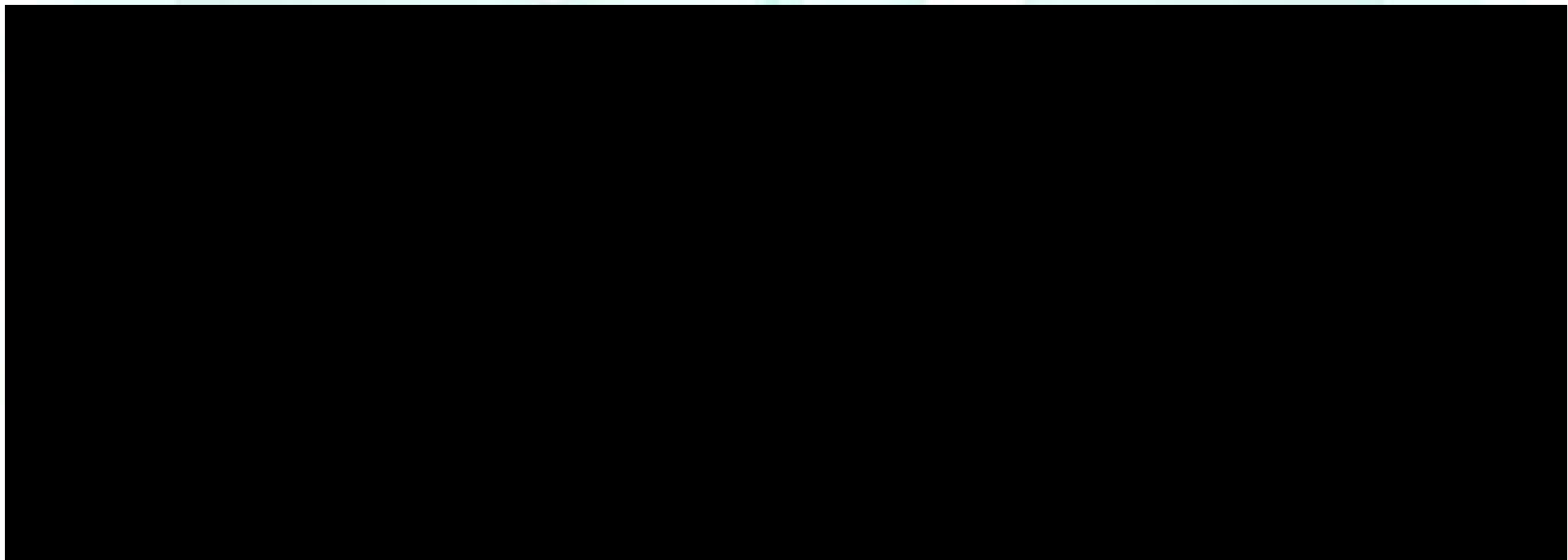
# CAMPO IV

FETAL OU MENOR QUE 1 ANO



# CAMPO V

## CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO





A stylized, light blue and white graphic of a caduceus (a staff with two snakes entwined and wings at the top) serves as the background for the slide. The graphic is centered and occupies most of the frame.

## 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@cremeh.org.br](mailto:comissoes@cremeh.org.br)  
[www.cremeh.org.br](http://www.cremeh.org.br)



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

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