



Documentos Médicos e Comissões Obrigatórias

Cons. Emerentino Elton Araujo

Documentos Médicos

- ♦ Prontuário médico
- ♦ Consentimento Informado
- ♦ Receitas
- ♦ Atestados
- ♦ Relatórios, laudos, boletins
- ♦ Declaração de óbito

Comissões Obrigatórias

- ◆ Comissão de Ética
- ◆ Comissão de Revisão de prontuários
- ◆ Comissão de Óbito
- ◆ CCIH

Documentos Médicos

- ◆ Finalidades
 - ◆ Componente da assistência prestada
 - ◆ Registrar legalmente a atuação do profissional

Documentos Médicos

- ◆ Baseados em atos médicos realizados
 - ◆ Registrados em prontuário!

Documentos Médicos

- ◆ Presunção de veracidade
 - ◆ O médico tem fé pública

Prontuário Médico

- Obrigatório
- Dados que devem nele constar
- O sigilo e a guarda

Comissão de Revisão de Prontuários



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002

(Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5)

VER TAMBÉM RESOLUÇÃO CFM 1821/2007

Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

Consentimento Informado

- ◆ Critérios de Validade:
 - ◆ Procedimento indicado e baseado em evidências científicas
 - ◆ Paciente capaz
 - ◆ Entendimento da informação
 - ◆ Expressão do consentimento

Receitas Médicas

- Registradas em ficha ou prontuário
- O formulário e o preenchimento

RECEITUÁRIO

My 15th le bar
 10th le bar
 11th le bar
 12th le bar
 13th le bar
 14th le bar
 15th le bar
 16th le bar
 17th le bar
 18th le bar
 19th le bar
 20th le bar
 21st le bar
 22nd le bar
 23rd le bar
 24th le bar
 25th le bar
 26th le bar
 27th le bar
 28th le bar
 29th le bar
 30th le bar
 31st le bar
 32nd le bar
 33rd le bar
 34th le bar
 35th le bar
 36th le bar
 37th le bar
 38th le bar
 39th le bar
 40th le bar
 41st le bar
 42nd le bar
 43rd le bar
 44th le bar
 45th le bar
 46th le bar
 47th le bar
 48th le bar
 49th le bar
 50th le bar
 51st le bar
 52nd le bar
 53rd le bar
 54th le bar
 55th le bar
 56th le bar
 57th le bar
 58th le bar
 59th le bar
 60th le bar
 61st le bar
 62nd le bar
 63rd le bar
 64th le bar
 65th le bar
 66th le bar
 67th le bar
 68th le bar
 69th le bar
 70th le bar
 71st le bar
 72nd le bar
 73rd le bar
 74th le bar
 75th le bar
 76th le bar
 77th le bar
 78th le bar
 79th le bar
 80th le bar
 81st le bar
 82nd le bar
 83rd le bar
 84th le bar
 85th le bar
 86th le bar
 87th le bar
 88th le bar
 89th le bar
 90th le bar
 91st le bar
 92nd le bar
 93rd le bar
 94th le bar
 95th le bar
 96th le bar
 97th le bar
 98th le bar
 99th le bar
 100th le bar

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RECEITUÁRIO

UNIDADE: _____

PARA: Leoni P. Muly Tubo

100

Therapy 100 4-4
 Therapy - -

The 25 units of the

100

Demond 100 ✓
 100
 100

100

quaranta 100
 100 ante

20113

Atestado Médico

- ♦ Gera direitos e obrigações
- ♦ Atrelado à assistência praticada
- ♦ Não pode ser negado ou cobrado
- ♦ Formulário
- ♦ CID

Declaração de Óbito (DO)

- Quem deve preenchê-la?

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

Brasília/DF

2011

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade com SVO.

Médico do SVO

Art. 19 II a da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade com SVO.

Médico do SVO

Art. 19 II a da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade sem SVO.

Médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o evento ou o designado pela Secretaria Municipal de Saúde ou por qualquer médico da localidade

Art. 19 II **b**, §6º, §8º da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade com SVO.

Médico do SVO

Art. 19 II a da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa natural, ocorrido fora de Estabelecimento de Saúde, sem assistência médica, em localidade sem SVO.

Médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o evento ou o designado pela Secretaria Municipal de Saúde ou por qualquer médico da localidade

Art. 19 II b, §6º, §8º da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

Óbito por causa acidental e/ou violenta ocorrido em localidade com IML.

Médico do IML

Art. 19 II V a da Portaria 116 de 11/02/2009

preenche as 3 VIAS

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

Declaração de Óbito

17608518-1

I	Identificação	1) Tipo de óbito	2) Data do óbito		3) Hora	4) Cartão SUS	5) Naturalidade	Anexo 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 870	
---	---------------	------------------	------------------	--	---------	---------------	-----------------	---	--

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

Declaração de Óbito


17608518-1

	I Data do óbito <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Cartão SUS	Nome do Falecido _____ _____ _____	Localidade _____ _____ _____
Identificação	Nome do Pai _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Residência	Endereço completo (rua, número, complemento) _____ _____ _____ Cidade _____ UF _____	Endereço completo (rua, número, complemento) _____ _____ _____ Cidade _____ UF _____	Endereço completo (rua, número, complemento) _____ _____ _____ Cidade _____ UF _____
Comunidade	Endereço completo (rua, número, complemento) _____ _____ _____ Cidade _____ UF _____	Endereço completo (rua, número, complemento) _____ _____ _____ Cidade _____ UF _____	Endereço completo (rua, número, complemento) _____ _____ _____ Cidade _____ UF _____
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País	Nome da Mãe _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	Identificação <input type="checkbox"/> Cartão SUS <input type="checkbox"/> Cartão de Saúde <input type="checkbox"/> Cartão de Vacinação <input type="checkbox"/> Cartão de Identificação
Identificação	Nome do Falecido _____ Data de nascimento <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> País		

[illegible]

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO

CAMPOS DE 1 A 14

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Óbito	
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		
8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado	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"/> Ignorada		Código CBO 2002	
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		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	

BLOCO II – RESIDÊNCIA

CAMPOS DE 15 A 19

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

II Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)
	17 Bairro/Distrito

BLOCO III – OCORRÊNCIA

CAMPOS 20 A 26

III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito			21 Estabelecimento			Código CNES			
	1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado						
	2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> 9							
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

20 Local de ocorrência do óbito

1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ig
2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública		

22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento

--

BLOCO IV

ÓBITO FETAL OU < 1 ANO

CAMPOS 27 A 36

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE									
IV Fetal ou menor que 1 ano	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível			Série	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002	
		0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade			3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)				
		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				
	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos	Perdas fetais/ abortos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto			
	1 <input type="checkbox"/> Única	1 <input type="checkbox"/> Vaginal	1 <input type="checkbox"/> Antes				2 <input type="checkbox"/> Durante	3 <input type="checkbox"/> Depois	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	2 <input type="checkbox"/> Dupla	2 <input type="checkbox"/> Cesáreo							
	3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais	9 <input type="checkbox"/> Ignorada							
	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado			35 Peso ao nascer			
						Gramas			
						36 Número da Declaração de Nascido Vivo			

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFO

27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) <i>(Informações sobre a mãe)</i>			
	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"/> 9	
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos ____ ____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	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

(Informações sobre o falecido)

1 ☐ Antes

2 ☐ Durante

3 ☐ Depois

9 ☐ Ignorado

35 Peso ao nascer

| | | Gramas

36 Número da Declaração de Nascido Vivo

| | | | | | | | | |

BLOCO V

CONDIÇÕES E CAUSAS DO ÓBITO

CAMPOS 37 A 40

V

Condições e causas do óbito

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

ASSISTÊNCIA MÉDICA

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

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

39 Necrópsia?

- ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado

40 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	Devido ou como consequência de:			
b	Devido ou como consequência de:			
c	Devido ou como consequência de:			
d				

PARTE II

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

Cirurgia

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	broncopneumonia		6 dias	
	Devido ou como consequência de:			
c	Cirurgia cardíaca		8 dias	
	Devido ou como consequência de:			
d	Tetralogia de Fallot		5 meses	
	-----		----	
	-----		----	

BLOCO V – CAMPO 40

40 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.

PARTE II

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

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a

Devido ou como consequência de:

b

Devido ou como consequência de:

c

Devido ou como consequência de:

d

BLOCO VI – MÉDICO

CAMPOS DE 41 A 47

VI

Médico

41 Nome do Médico

42 CRM

45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)

46 Data do atestado

43 Óbito atestado por Médico

1 ☐ Assistente

4 ☐ SVO

2 ☐ Substituto

5 ☐ Outro

3 ☐ IML

47 Assinatura

BLOCO VII – CAUSAS EXTERNAS

CAMPOS 48 A 52

VII Causas externas	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 2 <input type="checkbox"/> Suicídio			3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital		3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra			<input type="checkbox"/> 9	
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	

51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

Não há sinais externos de violência.

BLOCO VIII – CARTÓRIO
CAMPOS 53 A 57

VIII

Cartório

53 Cartório

56 Município

BLOCO IX

LOCALIDADE SEM MÉDICO

CAMPOS 58 A 59

IX	Localid. S/ Médico	58 Declarante

59 Testemunhas
A
B

Comissão de Revisão de Óbitos



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 45/11 – PARECER CFM nº 04/13

INTERESSADO: CRM-PE

ASSUNTO: Funcionamento das Comissões Hospitalares Metropolitanas que funcionam sob a gestão do IMIP

RELATOR: Cons. Mauro Luiz de Britto Ribeiro

As Comissões de Ética



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

RESOLUÇÃO CFM Nº 2.152/2016

(Publicada no D.O.U. de 10 de novembro de 2016, Seção I, p. 566)

Estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

Comissões Obrigatórias

- ◆ Comissão de Ética
- ◆ Comissão de Revisão de prontuários
- ◆ Comissão de Óbito
- ◆ CCIH

CCIH

- Infecções hospitalares
- Medidas de controle
- Uso racional de antibióticos

