



II CURSO DE
QUALIFICAÇÃO PARA
DIRETORES TÉCNICOS

15 e 16 de setembro de 2017 | Sotero Hotel – Stiep

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

M. Sturle Barreto
D. Anselmo xx
15000
61 15-20
D. Dávila 100
rs 500
10000

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

UNIDADE: _____

PARA Lúcia P. Melo Tavares

ws

Therap 100
strong 4-4

25 tablets

ws

Amoxic 500
strong
month.

ws

quadrado 1L
appleante

20.11.3

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 accidental 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

Formulário da DO

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		Declaração de Óbito		17608518-1
2ª-VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL		Hora	Cartão SUS	Naturalidade
<input type="checkbox"/> Data de óbito <input type="checkbox"/> Data do óbito <input type="checkbox"/> Faleceu <input type="checkbox"/> Morto <input type="checkbox"/> Hora Fetal <input type="checkbox"/> Hora morte <input type="checkbox"/> Nome do Falecido <input type="checkbox"/> Nome do Morto				Município /UF do nascimento /morte /País
Identificação		<input type="checkbox"/> Nome da Falecida <input type="checkbox"/> Nome do Morto <input type="checkbox"/> Data de nascimento <input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses de 1 ano Dia Mês <input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Ignorada Série <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (até 2º grau) <input type="checkbox"/> Fundamental I (até 4º Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série) <input type="checkbox"/> Superior completo		
		<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Gravidez M - Masculino F - Feminino <input type="checkbox"/> Rapa/Gar <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Morena <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Castanha <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Loira <input type="checkbox"/> Igualdade <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Desconhecido		
		<input type="checkbox"/> Situação conjugal Solteiro /casado /separado /divorciado /viúvo /outro <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Imediata <input type="checkbox"/> Indireta <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional <input type="checkbox"/> Amigável <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Companheira <input type="checkbox"/> Desempregado		
		<input type="checkbox"/> Código CBO 2002		
Residência		<input type="checkbox"/> Endereço de residência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento CEP <input type="checkbox"/> Bairro/Outros <input type="checkbox"/> Cidade <input type="checkbox"/> Município de residência <input type="checkbox"/> Cidade		
Ocorrência		<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito Hospital Clínica Consultório Outro Ignorado <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado		
		<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência, se for do estabelecimento ou de residência (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento CEP <input type="checkbox"/> Bairro/Outros <input type="checkbox"/> Cidade <input type="checkbox"/> Município de ocorrência <input type="checkbox"/> Cidade		
IV		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS RETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE <input type="checkbox"/> Estado Código CBO 2002 <input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Ignorada Série <input type="checkbox"/> Fundamental I (até 4º Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		
Efetuar em menor que 1 hora		<input type="checkbox"/> Número de filhos vivos Igualdade Série <input type="checkbox"/> Recém-nascidos <input type="checkbox"/> Perdeu feto <input type="checkbox"/> Mortes de gestação Ignorada Série <input type="checkbox"/> Igualdade <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior		
		<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez Gravidez Vaginal Cesárea Outros <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Outros		
		<input type="checkbox"/> Tipo de parto Igualdade Durante Depois Ignorada <input type="checkbox"/> Igualdade <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorada		
		<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto Igualdade Série <input type="checkbox"/> Morte em <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois		
		<input type="checkbox"/> Peso ao nascer <input type="checkbox"/> Nome da Declaração da Nascida Viva		
V		ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Necropsia? Sim Não Ignorada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorada		
Corrigenda e causa de óbito		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA CAUSAS DA MORTE PARTE I <input type="checkbox"/> Outras morbididades que causam distorção a morte <input type="checkbox"/> Igualdade <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Pós-42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> Não ocorrem outras periodos		
		<input type="checkbox"/> Devido a como consequência de: Igualdade Série <input type="checkbox"/> Devido a como consequência de: Igualdade Série <input type="checkbox"/> Devido a como consequência de: Igualdade Série		
		PARTE II <input type="checkbox"/> Outras condições significativas que contribuem para a morte, e que não entraram, porém, na causa-sócia <input type="checkbox"/> Igualdade <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Pós-42 dias após o parto <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada <input type="checkbox"/> Não ocorrem outras periodos		
VI		Médico <input type="checkbox"/> Nome do Médico <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> Município de atendimento <input type="checkbox"/> Distrito <input type="checkbox"/> Subdistrito <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Município de óbito <input type="checkbox"/> Distrito <input type="checkbox"/> Subdistrito <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Data do atestado <input type="checkbox"/> Assinatura		
		PROVAIS DE CIRCUNSTÂNCIAS DE Morte não natural (Informações de caráter estritamente epidemiológico)		
		<input type="checkbox"/> Tipo Igualdade Série <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Descrição sumária da morte, incluindo o tipo de local de ocorrência		
VII		SE A OCORRÊNCIA FOR EM VÍA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO <input type="checkbox"/> Endereço (rua, praça, avenida, etc.) <input type="checkbox"/> Código		
Corrigenda e outras		<input type="checkbox"/> Certidão <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Municipio		
IX		<input type="checkbox"/> Declaração <input type="checkbox"/> Testemunhas A B		
Localização SS-Médico				

BLOCO II – IDENTIFICAÇÃO CAMPOS DE 1 À 14



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

Declaração de Óbito

Identificação

1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <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 Meses Dias	Horas	Minutos	10 Sexo Ignorado <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado
11 Raça/Cor Branca Preta Amarela	12 Situação conjugal Solteiro Casado Viúvo	13 Escolaridade (última série concluída) Nível Sem escolaridade Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002 	
4 Parda 5 Indígena	4 Separado judicialmente/ divorciado 5 União estável 9 Ignorada	3 Médio (antigo 2 ^º grau) 4 Superior incompleto 5 Superior completo	Série 9	

1 Tipo de óbito1 Fetal2 Não Fetal**2 Data do óbito****5 Nome do Falecido****11 Raça/Cor**1 Branca 4 Parda2 Preta 5 Indígena3 Amarela

BLOCO II – RESIDÊNCIA

CAMPOS DE 15 A 19

Residência	<input type="text"/> 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	<input type="text"/> 16 CEP	
	<input type="text"/> 17 Bairro/Distrito	<input type="text"/> 18 Município de residência	<input type="text"/> 19 UF
	<input type="text"/> Código	<input type="text"/> Código	

Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)

17 Bairro/Distrito

BLOCO III – OCORRÊNCIA

CAMPOS 20 À 26

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública	21 Estabelecimento Ignorado 9	22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc)	23 CEP	24 Bairro/Distrito	25 Município de ocorrência	26 UF	Código CNES
		Número	Complemento	Código	Código		

20 Local de ocorrência do óbito

- 1 Hospital 3 Domicílio 5 Outros
2 Outros estab. saúde 4 Via pública

22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento

BLOCO IV

ÓBITO FETAL OU < 1 ANO

CAMPOS 27 À 36

IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
27 Idade (anos) <input type="text"/>		28 Escolaridade (última série concluída) Nível 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		Série: Ignorado <input type="checkbox"/> 9	29 Ocupação habitual <small>(informar anterior, se aposentada / desempregada)</small> <input type="text"/>	
						Código CBO 2002
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos Perdas fetais/abortos ___ ___ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado 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 ___ 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	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	9
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos Perdas fetais/abortos		31 Nº de semanas de gestação	
___ ___ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		___ ___ 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 FÉRIL <p>37 A morte ocorreu</p> <p>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 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/></p>	ASSISTÊNCIA MÉDICA <p>38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <p>39 Necrópsia?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado</p>
40 CAUSAS DA MORTE <p>PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.</p> <p>CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.</p> <hr/> <p>PARTE II Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.</p>		
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 Devido ou como consequência de:		
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		

Cirurgia

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
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	
	-----	---	
	-----	---	

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 contribuiram 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 VII – MÉDICO

CAMPOS DE 41 À 47

VI

Médico

41 Nome do Médico

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

42 CRM

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 À 52

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)									
48 Tipo	1 <input type="checkbox"/> Acidente	3 <input type="checkbox"/> Homicídio	Ignorado	49 Acidente do trabalho	1 <input type="checkbox"/> Sim	Ignorado	50 Fonte da informação	1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	Ignorado
	2 <input type="checkbox"/> Suicídio	4 <input type="checkbox"/> Outros	9	2 <input type="checkbox"/> Não	9	2 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Família	3 <input type="checkbox"/> Outra	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 À 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 N° 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

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

