

XIII SEMINÁRIO SOBRE RESPONSABILIDADE MÉDICA



A Declaração de Óbito: Documento Esencial

Cons. Emerentino Elton Araújo

26 de Julho de 2019



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

O que não deve ser feito ao preencher a D0?



1º - Desconhecer as regras



**Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde**

PORTARIA Nº 116, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2009

Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito

Série A. Normas e Manuais Técnicos.

2º - Desconhecer o formulário

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

Declaração de Óbito 17608518-1

Identificação

Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Anos completos Meses: _____ Días: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Sexo: _____ Raca/Cor: _____ Situação conjugal: _____ Separado judicialmente: _____ Solteiro: _____ Preta: _____ Parda: _____ Amarela: _____ Branca: _____ Indígena: _____

Escolaridade (última série concluída): _____ Nível: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): _____ Código CBO 2002: _____

Legradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____ UF: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Municipio de residência: _____ Código: _____ UF: _____

Local de ocorrência do óbito: _____ Hospital: _____ Domicílio: _____ Outros: _____ Ignorado: _____

Endereço da ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Municipio de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

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

Idade (anos): _____ Nível: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Sem escolaridade: _____ Fundamental I (1ª a 4ª Série): _____ Superior incompleto: _____ Médio (antigo 2º grau): _____ Superior completo: _____ Ignorado: _____

Fetal ou menor que 1 ano: _____

Número de filhos vivos: _____ Período gestacional: _____ Número de semanas de gestação: _____

Tipos de gravidez: _____ Unica: _____ Vaginal: _____ Antes: _____ Durante: _____ Depois: _____ Ignorado: _____

Morte em relação ao parto: _____ Antes: _____ Durante: _____ Depois: _____ Ignorado: _____

Peso ao nascer: _____ Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (de 14 a 45 anos)

A morte ocorreu: _____ Na gravidez: _____ No aborto: _____ De 43 dias a 1 ano após o parto: _____ Ignorado: _____

Recebeu assist. médica durante a doença que causou a morte: _____ Sim: _____ Não: _____ Ignorado: _____

Necropsia? _____ Sim: _____ Não: _____ Ignorado: _____

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Parte I: _____ Recorreu ao médico que causou diretamente a morte: _____

Parte II: _____ Recorreu ao médico que causou diretamente a morte: _____

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

CAUSAS DA MORTE
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: _____

CAUSAS ANTERIORES
Estados mórbidos, se existirem, que produzem 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: _____

Condições e causas do óbito

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

Tipo: _____ Acidente: _____ Homicídio: _____ Suicídio: _____ Outros: _____

Ignorado: _____ Accidente do trabalho: _____ Sim: _____ Não: _____

Fonte da informação: _____ Sistema de Ocorrência: _____ Família: _____ Outra: _____ Ignorado: _____

Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____

VIII Cartório

A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
Legradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____

Cartório: _____ Código: _____ Registro: _____ Data: _____ UF: _____

Município: _____

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 Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Anos completos Meses: _____ Días: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Sexo: _____ Raca/Cor: _____ Situação conjugal: _____ Separado judicialmente: _____ Solteiro: _____ Preta: _____ Parda: _____ Amarela: _____ Branca: _____ Indígena: _____

Escolaridade (última série concluída): _____ Nível: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): _____ Código CBO 2002: _____

Legradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Municipio de residência: _____ Código: _____ UF: _____

Local de ocorrência do óbito: _____ Hospital: _____ Domicílio: _____ Outros: _____ Ignorado: _____

Endereço da ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Municipio de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

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

Idade (anos): _____ Nível: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Sem escolaridade: _____ Fundamental I (1ª a 4ª Série): _____ Superior incompleto: _____ Médio (antigo 2º grau): _____ Superior completo: _____ Ignorado: _____

Fetal ou menor que 1 ano: _____

Número de filhos vivos: _____ Período gestacional: _____ Número de semanas de gestação: _____

Tipos de gravidez: _____ Unica: _____ Vaginal: _____ Antes: _____ Durante: _____ Depois: _____ Ignorado: _____

Morte em relação ao parto: _____ Antes: _____ Durante: _____ Depois: _____ Ignorado: _____

Peso ao nascer: _____ Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (de 14 a 45 anos)

A morte ocorreu: _____ Na gravidez: _____ No aborto: _____ De 43 dias a 1 ano após o parto: _____ Ignorado: _____

Recebeu assist. médica durante a doença que causou a morte: _____ Sim: _____ Não: _____ Ignorado: _____

Necropsia? _____ Sim: _____ Não: _____ Ignorado: _____

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Parte I: _____ Recorreu ao médico que causou diretamente a morte: _____

Parte II: _____ Recorreu ao médico que causou diretamente a morte: _____

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

CAUSAS DA MORTE
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: _____

CAUSAS ANTERIORES
Estados mórbidos, se existirem, que produzem 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: _____

Condições e causas do óbito

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

Tipo: _____ Acidente: _____ Homicídio: _____ Suicídio: _____ Outros: _____

Ignorado: _____ Accidente do trabalho: _____ Sim: _____ Não: _____

Fonte da informação: _____ Sistema de Ocorrência: _____ Família: _____ Outra: _____ Ignorado: _____

Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____

VIII Cartório

A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
Legradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____

Cartório: _____ Código: _____ Registro: _____ Data: _____ UF: _____

Município: _____

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 Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Anos completos Meses: _____ Días: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Sexo: _____ Raca/Cor: _____ Situação conjugal: _____ Separado judicialmente: _____ Solteiro: _____ Preta: _____ Parda: _____ Amarela: _____ Branca: _____ Indígena: _____

Escolaridade (última série concluída): _____ Nível: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado): _____ Código CBO 2002: _____

Legradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Municipio de residência: _____ Código: _____ UF: _____

Local de ocorrência do óbito: _____ Hospital: _____ Domicílio: _____ Outros: _____ Ignorado: _____

Endereço da ocorrência, se for do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Municipio de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____

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

Idade (anos): _____ Nível: _____ Ignorado: _____ Série: _____

Sem escolaridade: _____ Fundamental I (1ª a 4ª Série): _____ Superior incompleto: _____ Médio (antigo 2º grau): _____ Superior completo: _____ Ignorado: _____

Fetal ou menor que 1 ano: _____

Número de filhos vivos: _____ Período gestacional: _____ Número de semanas de gestação: _____

Tipos de gravidez: _____ Unica: _____ Vaginal: _____ Antes: _____ Durante: _____ Depois: _____ Ignorado: _____

Morte em relação ao parto: _____ Antes: _____ Durante: _____ Depois: _____ Ignorado: _____

Peso ao nascer: _____ Número da Declaração de Nascido Vivo: _____

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (de 14 a 45 anos)

A morte ocorreu: _____ Na gravidez: _____ No aborto: _____ De 43 dias a 1 ano após o parto: _____ Ignorado: _____

Recebeu assist. médica durante a doença que causou a morte: _____ Sim: _____ Não: _____ Ignorado: _____

Necropsia? _____ Sim: _____ Não: _____ Ignorado: _____

ASSISTÊNCIA MÉDICA

Parte I: _____ Recorreu ao médico que causou diretamente a morte: _____

Parte II: _____ Recorreu ao médico que causou diretamente a morte: _____

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

CAUSAS DA MORTE
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: _____

CAUSAS ANTERIORES
Estados mórbidos, se existirem, que produzem 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: _____

Condições e causas do óbito

VII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

Tipo: _____ Acidente: _____ Homicídio: _____ Suicídio: _____ Outros: _____

Ignorado: _____ Accidente do trabalho: _____ Sim: _____ Não: _____

Fonte da informação: _____ Sistema de Ocorrência: _____ Família: _____ Outra: _____ Ignorado: _____

Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____

VIII Cartório

A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO
Legradouro (rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____

Cartório: _____ Código: _____ Registro: _____ Data: _____ UF: _____

Município: _____

Declarante: _____ Testemunhas: _____ A: _____ B: _____

Versão 01/10 - 2ª impressão 11/2010

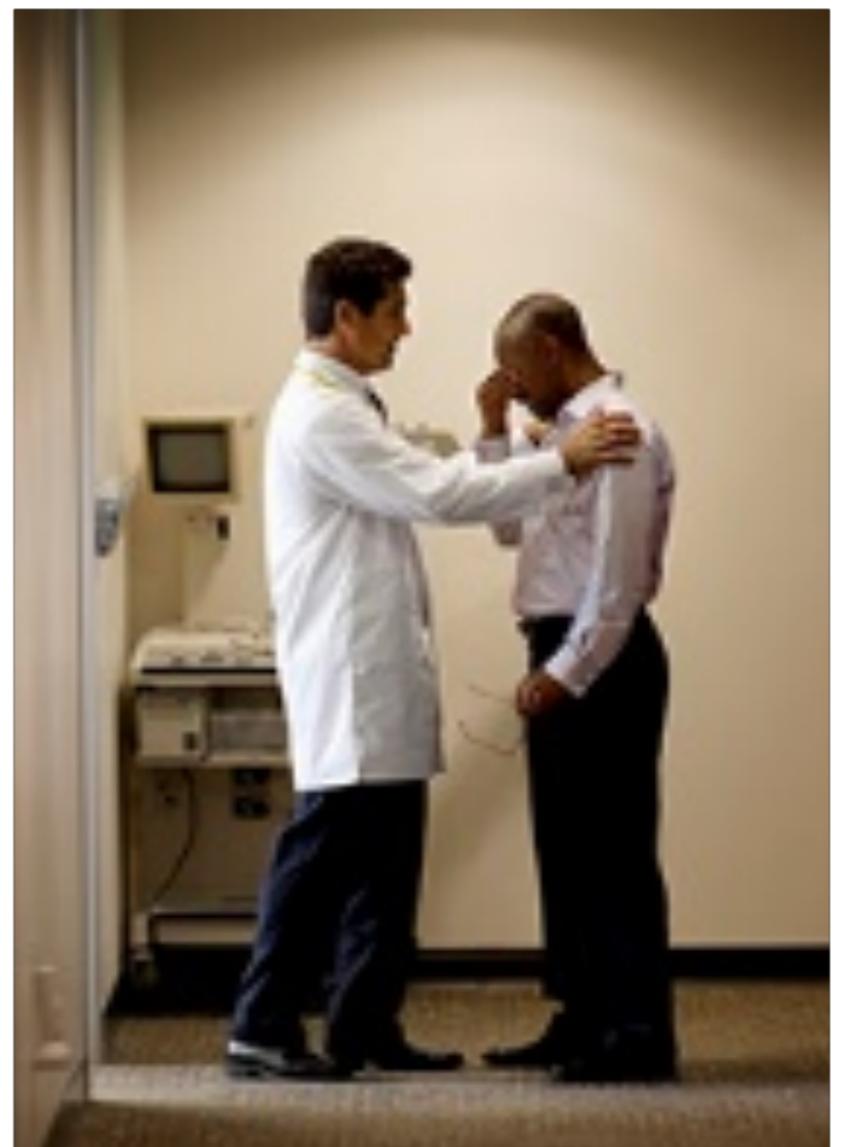
3º - Deixar de examinar o corpo

* Exame clínico



4º - Deixar de Colher informações (I)

- * Buscar ativamente as informações
- * Aguardar os familiares



4º - Deixar de Colher informações (II)

- * Não encaminhar o corpo a IML se não houver confirmação, indícios ou suspeita fundamentada de crime ou violência (causa externa de morte)
- * Ou por falta de identificação...

4º - Deixar de Colher informações (III)

- * Nunca deixar de encaminhar ao IML as vítimas de morte violenta;
- * Atenção ao lapso temporal entre a causa básica e a causa imediata...

5º - Deixar de registrar em prontuário

- * As informações colhidas;
- * Os dados do exame do corpo;
- * Resultados de exames complementares;
- * A inexistência de indícios de violência.

7º - Do preenchimento em si (I)

- * Não rasurar;
- * Letra legível;
- * Não utilizar abreviaturas;
- * Não deixar campos em branco;
- * Não rasgar ou descartar o formulário.

7º - Do preenchimento em si (II)

V Condições e causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:
37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> 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 a Devido ou como consequência de: b Devido ou como consequência de: c Devido ou como consequência de: d Devido ou como consequência de: PARTE II Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	
		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

(10 a 49 anos)

37 A morte ocorreu

1 Na gravidez 3 No aborto

2 No parto 4 Até 42 dias após o parto

5 De 43 dias a 1 ano após o parto

8 Não ocorreu nestes períodos

7º - Do preenchimento em si (III)

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

* Atenção à causa básica da morte!

* Preencher a parte II.

Causas básicas inadequadas:

- * Gangrena, embolia, pneumonia, sepse, aspiração, parada cardíaca, insuficiência respiratória, paralisia, hemiplegia, paraplegia, idade avançada...

7º - Do preenchimento em si (IV)

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	2 <input type="checkbox"/> Não	Ignorado	50 Fonte da informação	1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência
	2 <input type="checkbox"/> Suicídio	4 <input type="checkbox"/> Outros	9				9	2 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Família
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									

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL

48 Tipo

1 Acidente

2 Suicídio

3 Homicídio

4 Outros

49 Acidente do trabalho

1 Sim

2 Não

Ignorado

9

50 Fonte da informação

1 Boletim de Ocorrência

2 Hospital

3 Família

4 Outra

7º - Do preenchimento em si (V)

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	3 <input type="checkbox"/> Família
	2 <input type="checkbox"/> Suicídio	4 <input type="checkbox"/> Outros	9	2 <input type="checkbox"/> Não	9	2 <input type="checkbox"/> Hospital	4 <input type="checkbox"/> Outra		Ignorado 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.

8º - Finalizando...

- * Não criar dificuldades para emitir a DO
- * Não cobrar pela emissão da Declaração de óbito;
- * Sobre as unidades notificadoras...

XIII SEMINÁRIO SOBRE RESPONSABILIDADE MÉDICA



A Declaração de Óbito: Documento Esencial

Cons. Emerentino Elton Araújo

26 de Julho de 2019



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA