

XIII SEMINÁRIO SOBRE RESPONSABILIDADE MÉDICA



A Declaração de Óbito: Documento Essencial

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 DO?



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

I Identificação

1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal
2 Data do óbito _____ Hora _____
3 Cartão SUS _____
4 Naturalidade _____
5 Nome do Falecido _____
6 Nome do Pai _____
7 Nome da Mãe _____

II Residência

8 Data de nascimento _____
9 Idade _____
10 Sexo ☐ M. Masc. ☐ F. Fem.
11 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Outra
12 Situação conjugal ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorçado ☐ União estável ☐ Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____
16 Bairro/Distrito _____
17 Código _____
18 Município de residência _____
19 Código _____
20 UF _____

III Ocorrência

21 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros estab. saúde ☐ Via pública ☐ Outros _____
22 Estabelecimento _____
23 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) _____
24 Bairro/Distrito _____
25 Código _____
26 Município de ocorrência _____
27 Código _____
28 UF _____

IV Fetal ou menor que 1 ano

29 Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe
30 Idade _____
31 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
32 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____
33 Número de filhos vivos _____
34 Nº de semanas de gestação _____
35 Tipo de parto ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Cesáreo ☐ Vaginal ☐ Ignorada
36 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorada
37 Peso ao nascer _____
38 Número da Declaração de Nascimento _____

V Condições e causas do óbito

39 Óbito de mulher em idade fértil ☐ Não ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No aborto ☐ De 43 dias a 1 ano após o parto ☐ Não ocorreu nestes períodos
40 Assistência médica ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
41 Diagnóstico confirmado por: ☐ Necropsia ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
42 Causas da morte ☐ Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte ☐ Devido ao estado mórbido que causou indiretamente a morte
43 Causas antecedentes ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
44 PARTE II ☐ Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal

VI Médico

45 Nome do Médico _____
46 CRM _____
47 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) _____
48 Data do atestado _____
49 Assinatura _____

VII Causas externas

50 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)
51 Tipo ☐ Acidente ☐ Homicídio ☐ Suicídio ☐ Outras ☐ Ignorada
52 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____
53 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO _____
54 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____

VIII Cartório

55 Cartório _____
56 Município _____
57 UF _____

IX Localidade

58 Declarante _____
59 Testemunhas _____

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

I Identificação

1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal
2 Data do óbito _____ Hora _____
3 Cartão SUS _____
4 Naturalidade _____
5 Nome do Falecido _____
6 Nome do Pai _____
7 Nome da Mãe _____

II Residência

8 Data de nascimento _____
9 Idade _____
10 Sexo ☐ M. Masc. ☐ F. Fem.
11 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Outra
12 Situação conjugal ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorçado ☐ União estável ☐ Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____
16 Bairro/Distrito _____
17 Código _____
18 Município de residência _____
19 Código _____
20 UF _____

III Ocorrência

21 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros estab. saúde ☐ Via pública ☐ Outros _____
22 Estabelecimento _____
23 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) _____
24 Bairro/Distrito _____
25 Código _____
26 Município de ocorrência _____
27 Código _____
28 UF _____

IV Fetal ou menor que 1 ano

29 Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe
30 Idade _____
31 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
32 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____
33 Número de filhos vivos _____
34 Nº de semanas de gestação _____
35 Tipo de parto ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Cesáreo ☐ Vaginal ☐ Ignorada
36 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorada
37 Peso ao nascer _____
38 Número da Declaração de Nascimento _____

V Condições e causas do óbito

39 Óbito de mulher em idade fértil ☐ Não ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No aborto ☐ De 43 dias a 1 ano após o parto ☐ Não ocorreu nestes períodos
40 Assistência médica ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
41 Diagnóstico confirmado por: ☐ Necropsia ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
42 Causas da morte ☐ Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte ☐ Devido ao estado mórbido que causou indiretamente a morte
43 Causas antecedentes ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
44 PARTE II ☐ Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal

VI Médico

45 Nome do Médico _____
46 CRM _____
47 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) _____
48 Data do atestado _____
49 Assinatura _____

VII Causas externas

50 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)
51 Tipo ☐ Acidente ☐ Homicídio ☐ Suicídio ☐ Outras ☐ Ignorada
52 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____
53 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO _____
54 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____

VIII Cartório

55 Cartório _____
56 Município _____
57 UF _____

IX Localidade

58 Declarante _____
59 Testemunhas _____

Versão 01/10 - 2ª impressão 11/2010

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

Declaração de Óbito 17608518-1

I Identificação

1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal
2 Data do óbito _____ Hora _____
3 Cartão SUS _____
4 Naturalidade _____
5 Nome do Falecido _____
6 Nome do Pai _____
7 Nome da Mãe _____

II Residência

8 Data de nascimento _____
9 Idade _____
10 Sexo ☐ M. Masc. ☐ F. Fem.
11 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Outra
12 Situação conjugal ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorçado ☐ União estável ☐ Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____
16 Bairro/Distrito _____
17 Código _____
18 Município de residência _____
19 Código _____
20 UF _____

III Ocorrência

21 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros estab. saúde ☐ Via pública ☐ Outros _____
22 Estabelecimento _____
23 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.) _____
24 Bairro/Distrito _____
25 Código _____
26 Município de ocorrência _____
27 Código _____
28 UF _____

IV Fetal ou menor que 1 ano

29 Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe
30 Idade _____
31 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
32 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) _____
33 Número de filhos vivos _____
34 Nº de semanas de gestação _____
35 Tipo de parto ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Cesáreo ☐ Vaginal ☐ Ignorada
36 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorada
37 Peso ao nascer _____
38 Número da Declaração de Nascimento _____

V Condições e causas do óbito

39 Óbito de mulher em idade fértil ☐ Não ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No aborto ☐ De 43 dias a 1 ano após o parto ☐ Não ocorreu nestes períodos
40 Assistência médica ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
41 Diagnóstico confirmado por: ☐ Necropsia ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
42 Causas da morte ☐ Devido ao estado mórbido que causou diretamente a morte ☐ Devido ao estado mórbido que causou indiretamente a morte
43 Causas antecedentes ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada
44 PARTE II ☐ Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal

VI Médico

45 Nome do Médico _____
46 CRM _____
47 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) _____
48 Data do atestado _____
49 Assinatura _____

VII Causas externas

50 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)
51 Tipo ☐ Acidente ☐ Homicídio ☐ Suicídio ☐ Outras ☐ Ignorada
52 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência _____
53 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO _____
54 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) _____

VIII Cartório

55 Cartório _____
56 Município _____
57 UF _____

IX Localidade

58 Declarante _____
59 Testemunhas _____

Versão 01/10 - 2ª impressão 11/2010

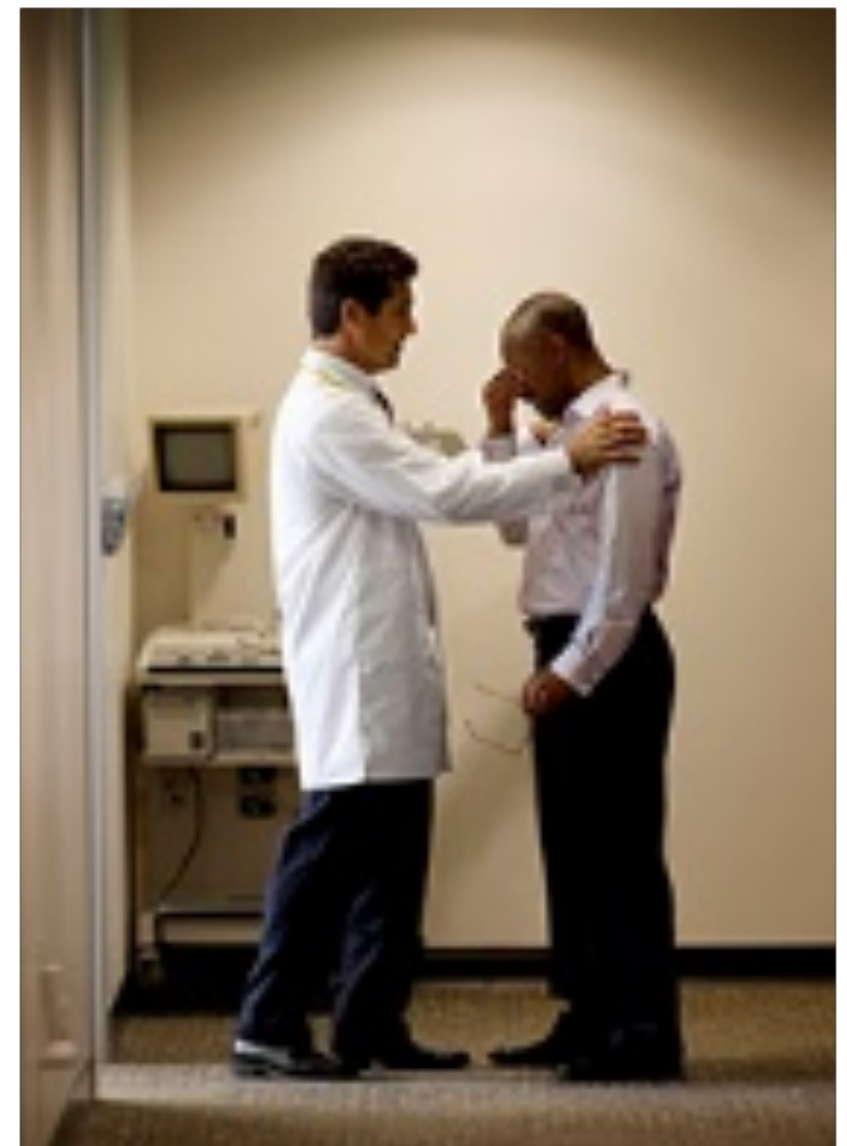
3º - Deixar de examinar o corpo

* 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)

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 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado <input type="checkbox"/> 9 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		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 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tempo aproximado entre o início da doença e a morte</th> <th>CID</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	a			b			c			d		
	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID																		
a																				
b																				
c																				
d																				
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.																				

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL

(10 a 49 anos)

37 A morte ocorreu

- | | | |
|--|---|--|
| 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 |
| 2 <input type="checkbox"/> No parto | 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto | 8 <input type="checkbox"/> 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 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

- * 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 2 <input type="checkbox"/> Suicídio		3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros		Ignorado <input type="checkbox"/> 9	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
					Ignorado <input type="checkbox"/> 9	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 2 <input type="checkbox"/> Hospital
				3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra		Ignorado <input type="checkbox"/> 9
51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência <div style="height: 40px; border: 1px solid black;"></div>						
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 <input type="checkbox"/> Acidente		3 <input type="checkbox"/> Homicídio	
2 <input type="checkbox"/> Suicídio		4 <input type="checkbox"/> Outros	

49 Acidente do trabalho		Ignorado <input type="checkbox"/> 9	50 Fonte da informação	
1 <input type="checkbox"/> Sim			1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	
2 <input type="checkbox"/> Não			2 <input type="checkbox"/> Hospital	
			3 <input type="checkbox"/> Família	
			4 <input type="checkbox"/> Outra	

7º - Do preenchimento em si (V)

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

Cons. Emerentino Elton Araújo
26 de Julho de 2019



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA