



Conhecendo o número de mortes e
as causas das mortes ocorridas,
o serviço de saúde poderá:

- combater essas causas;
- avaliar as condições de saúde da população;
- avaliar os resultados do trabalho
que este serviço está realizando.

BRASÍLIA-1984

IMPRESSÃO OFICIAL DO ESTADO DA AMÉRICA

Declaração de óbito

documento importante e necessário



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA

A DECLARAÇÃO DE ÓBITO registra:

- o nome, a idade e o sexo da pessoa que morreu;
- de que a pessoa morreu;
- a sua ocupação e local de residência.

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
| DECLARAÇÃO DE ÓBITO N° | | | |
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE | | | |
| UNICÓDIGO DA FEDERAÇÃO | | CARTÓRIO DE N.º DO REGISTRO DATA DO REGISTRO | |
| ÓBITO FETAL | NAME | DATA DO ÓBITO HORA MIN. MÊS ANO | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| ESTADO CIVIL | SEXO | DATA NASCIMENTO | |
| SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> IDADE | MASC <input type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/> | DD | MM |
| SEGUIMENTO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/> FONH <input type="checkbox"/> | | AA | AA |
| LOCAL DE OCORRÊNCIA | | ENDERECO | |
| HÓSPITAL <input type="checkbox"/> EM PÚBLICA <input type="checkbox"/> | | | MUNICÍPIO |
| CONSELHO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> ICA <input type="checkbox"/> | | | |
| RESIDÊNCIA HABITUAL (RAIA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.) | | MUNICÍPIO | |
| OCCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO | | NATURALIDADE | GRAU DE INSTRUÇÃO |
| | | PORTUGUÊS <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> 1º GRAU <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | |
| FILIAÇÃO | NAME DO PAI | NAME DA MÃE | |
| PAI | OCCUPAÇÃO HABITUAL | GRAU DE INSTRUÇÃO | |
| MÃE | OCCUPAÇÃO HABITUAL | GRAU DE INSTRUÇÃO | |
| II. N.º DE FILHOS (TOTAL) | DURADA DA GESTAÇÃO EM SEMANAS | GRAVIDEZ | |
| (PARA VIVER) (PARA MORRER) (TOTAL) | MESES DE 30 <input type="checkbox"/> 06 A 27 <input type="checkbox"/> 28 A 34 <input type="checkbox"/> 35 A 40 <input type="checkbox"/> 41 A 48 <input type="checkbox"/> 49 A 52 <input type="checkbox"/> 53 A 56 <input type="checkbox"/> 57 A 60 <input type="checkbox"/> 61 A 64 <input type="checkbox"/> 65 A 68 <input type="checkbox"/> 69 A 72 <input type="checkbox"/> 73 A 76 <input type="checkbox"/> 77 A 80 <input type="checkbox"/> 81 A 84 <input type="checkbox"/> 85 A 88 <input type="checkbox"/> 89 A 92 <input type="checkbox"/> 93 A 96 <input type="checkbox"/> 97 A 100 <input type="checkbox"/> | UNICA <input type="checkbox"/> DURA <input type="checkbox"/> TRIPLO <input type="checkbox"/> MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | |
| III. PARTO | IV. MÓRTE (EM RELAÇÃO AO PARTO) | V. PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO FETAL, PESO AO NASCER | |
| EXTRAMÍOS <input type="checkbox"/> IMPEDIMENTO <input type="checkbox"/> FORÇAS <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> MÍOS <input type="checkbox"/> SUBTANO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | EXTRAMÍOS <input type="checkbox"/> IMPEDIMENTO <input type="checkbox"/> FORÇAS <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> MÍOS <input type="checkbox"/> SUBTANO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | EXTRAMÍOS <input type="checkbox"/> IMPEDIMENTO <input type="checkbox"/> FORÇAS <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> MÍOS <input type="checkbox"/> SUBTANO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | |
| VI. RECEDEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MÓRTE | VII. O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO | VIII. O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO | |
| SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> MORTO <input type="checkbox"/> MÍO <input type="checkbox"/> SUBTANO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGN <input type="checkbox"/> | NAME DO MÉDICO | DATA DO EXAME | |
| VII. CAUSA DA MÓRTE (ANOTE SOU UM DIAGNÓSTICO POR LINHA) | DIAGNÓSTICO DE MÓRTE (ANOTE SOU UMA CERTIFICAÇÃO) | | |
| PARTES = 1 BOMBO OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU A MÓRTE MÍOS A MÓRTE | DIAGNÓSTICO DE MÓRTE (ANOTE SOU UMA CERTIFICAÇÃO) | | |
| CAUSAS ANTÉDENTES ESTADOS MÓRBIDOS SE EXPRESSAM QUE PRODUCERAM A CAUSA ATÔMICA REGISTRADA MENCIONANDO-SE EM ULTIMO LUGAR A CAUSA BASIC | DIAGNÓSTICO DE MÓRTE (ANOTE SOU UMA CERTIFICAÇÃO) | | |
| VIII. PARTES = 2 QUINTOS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MÓRTE FORAM NAO RELACIONADOS COM A CAUSA OU ESTADO PATOLÓGICO QUE É PROTESTO | DIAGNÓSTICO DE MÓRTE (ANOTE SOU UMA CERTIFICAÇÃO) | | |
| IX. TIPO | X. ACIDENTE DE TRABALHO | XI. LOCAL DO ACIDENTE | |
| ROMPER <input type="checkbox"/> SUCO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | TRANSPORT <input type="checkbox"/> DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> | NAME DO MÉDICO | NAME DO REGISTRO |
| XII. NOME DO MÉDICO | XIII. TELEFONE | XIV. DATA DO REGISTRO | |
| XV. DECLARANTE | | | |
| XVI. 1º TESTEMUNHA | | | |
| XVII. 2º TESTEMUNHA | | | |
| XVIII. CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO | | | |

A **declaração de óbito** é um documento encontrado nos hospitais, nas clínicas, nos centros de saúde e nos cartórios.

Quando uma pessoa morre, o médico ou duas pessoas que assistiram ou souberam da morte, devem preencher e assinar a **declaração de óbito**.

Com a **declaração de óbito**, a família da pessoa que morreu faz o registro da morte no cartório e retira a certidão de óbito.

Nenhum enterro pode ser feito sem a certidão de óbito.