



# PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - NAPAT

POP NAPAT SVO **010** PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (CAUSAS NATURAIS)



POP NAPAT SVO **010** - PÁG.: **1/6** EMISSÃO: **04/04/2019** REVISÃO Nº **01** : **26/04/2021**

## 1. OBJETIVO:

Padronizar o preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO) para causas naturais mal definidas, com ou sem assistência médica.

## 2. ABRANGÊNCIA:

Equipe médica do SVO do HCFMB.

## 3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

**3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's):** Não se aplica.

**3.2. Materiais:** Declaração de óbito em branco; caneta esferográfica; documentação obrigatória do paciente em óbito.

**3.3. Equipamentos:** Não se aplica.

## 4. PROCEDIMENTOS:

### 4.1. Equipe Médica

4.1.1 . Preencher a Declaração de Óbito em 3 (três) vias;

4.1.2. Preencher as informações de identificação do paciente em óbito (Campos de 1a a 14);

<b>Identificação</b>	1 Tipo de óbito		2 Data do óbito		3 Cartão SUS		4 Naturalidade			
	<input type="checkbox"/> Fetal						Município / UF (se estrangeiro informar País)			
	<input type="checkbox"/> Não Fetal									
	5 Nome do Falecido									
	6 Nome do Pai				7 Nome da Mãe					
	8 Data de nascimento		9 Idade		10 Sexo		11 Raça/Cor		12 Situação conjugal	
			Anos completos		Menores de 1 ano		<input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	
			Meses		Dias		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela		<input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada	
			Horas		Minutos		<input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada	
			Ignorado						Código CBO 2002	
	13 Escolaridade (última série concluída)		14 Ocupação habitual							
	Nível		(informar anterior, se aposentado / desempregado)							
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade		<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)		<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)		<input type="checkbox"/> Superior incompleto		<input type="checkbox"/> 9						
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		<input type="checkbox"/> Superior completo		<input type="checkbox"/> 9						

### Bloco 1: Identificação

4.1.3. Preencher as informações sobre o local de residência do paciente em óbito (Campos de 15 a 19)



# PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - NAPAT

POP NAPAT SVO **010** PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (CAUSAS NATURAIS)



POP NAPAT SVO **010** - PÁG.: **2/6** EMISSÃO: **04/04/2019** REVISÃO Nº **01** : **26/04/2021**

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

### Bloco 2: Residência

4.1.4. Preencher as informações sobre o local de ocorrência do óbito (Campos de 20 a 26);

III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito			21 Estabelecimento		
	1 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Domicílio	5 <input type="checkbox"/> Outros	Ignorado	Código CNES	
	2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	4 <input type="checkbox"/> Via pública	6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena	9 <input type="checkbox"/>		
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)			Número	Complemento	23 CEP
	24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código	26 UF	

### Bloco 3: Ocorrência

4.1.5. Preencher (em caso de óbito fetal ou menor que 1 ano), as informações sobre a mãe, gestação, parto e peso do recém-nascido (Campos de 27 a 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)	28 Escolaridade (última série concluída)		Série	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	
		0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	Código CBO 2002	
		1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4 <input type="checkbox"/> Superior Incompleto	9 <input type="checkbox"/>		
	2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5 <input type="checkbox"/> Superior completo				
	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	34 Morte em relação ao parto	
	Perdas fetais/abortos		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	
	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <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"/> Ignorado		
			9 <input type="checkbox"/> Ignorada	9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	35 Peso ao nascer		36 Número da Declaração de Nascido Vivo			
	Gramas					

### Bloco 4: Fetal ou menor que 1 ano

4.1.6. Preencher (em caso de mulher em idade fértil de 10 a 49 anos de idade), as informações do bloco 5 (Campos de 37 a 40);

V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
	37 A morte ocorreu			38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		39 Necrópsia?	
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação			Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			9 <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE			ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
PARTE I			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte				
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			CID				
CAUSAS ANTECEDENTES			Devido ou como consequência de:				
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			a				
			b				
			c				
			d				
PARTE II							
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.							

### Bloco 5: Mulher em idade fértil



## PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - NAPAT

POP NAPAT SVO **010** PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (CAUSAS NATURAIS)



POP NAPAT SVO **010** - PÁG.: **3/6** EMISSÃO: **04/04/2019** REVISÃO Nº **01** : **26/04/2021**

4.1.7. Preencher as informações do médico atestante (Campos de 41 a 47);

VI Médico	41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outro	U
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura		

### Bloco 6: Médico

## 5. CONTINGÊNCIAS:

5.1. Não é possível realizar o preenchimento da Declaração de Óbito, sem os materiais descritos no item 3.2;

5.2. Em caso de recém-nascido, o qual apresente evidência de vida, este deve ser registrado em cartório civil, antes de ser encaminhado para realização dos procedimentos necroscópicos, para que tenha o seu nome de registro na Declaração de Óbito. **\*É de responsabilidade do Médico Assistente (Responsável pela identificação do óbito, atestar a evidência de vida e declarar na carta de encaminhamento ou solicitação para procedimentos necroscópicos do paciente em óbito.**

## 6. OBSERVAÇÕES:

- A Declaração de óbito é preenchida em três vias (branca, amarela e rosa)
- Via Branca: Enviada à Secretaria Municipal e Vigilância Epidemiológica do Município de Botucatu-SP;
- Via Amarela: Utilizada pela Empresa de Transporte Autorizada pelo traslado do paciente em óbito e posteriormente entregue aos familiares ou responsável legal, para registro da certidão de óbito em cartório;
- Via Rosa: Devolvida ao SVO do HCFMB para que seja arquivada no prontuário do paciente em óbito.
- Preencher a Declaração de Óbito com letra legível com informação de boa qualidade para a causa básica de morte;
- Não usar siglas ou abreviações;
- Não rasurar a Declaração de Óbito. \*Se houver necessidade de correção, trocar a Declaração de Óbito (Declaração de Óbito rasurada deve ser devolvida ao Serviço Social do HCFMB);





## PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - NAPAT

POP NAPAT SVO **010** PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO  
(CAUSAS NATURAIS)



POP NAPAT SVO **010** - PÁG.: **4/6** EMISSÃO: **04/04/2019** REVISÃO Nº **01** : **26/04/2021**

- Não assinar Declaração de Óbito em branco, pois a responsabilidade de todos os dados registrados na Declaração de Óbito, é do médico atestante;
- Se óbito menor de 1 (um) dia de vida, anotar a idade em horas ou minutos;
- O preenchimento do campo 36 do Bloco 4 (número da declaração de nascido vivo), é de fundamental importância para o estudo da mortalidade infantil;
- O preenchimento do campo 37 do Bloco 5 (óbito de mulher em idade fértil), é de fundamental importância para o estudo da mortalidade materna;
- O preenchimento do campo 40 do Bloco 5 (óbito de mulher em idade fértil), no que diz respeito ao tempo aproximado entre o início da doença e a morte, deve ser registrado: horas, dias, meses, anos ou desconhecido;
- O preenchimento do campo 40 do Bloco 5 (óbito de mulher em idade fértil), no que diz respeito a CID, Não deve ser preenchido, pois esse espaço é reservado para os codificadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e do Programa de Aprimoramento as Informações de Mortalidade (PRO-AIM);
- O preenchimento do campo 35 do Bloco 6 (meio de contato), é de fundamental importância para possibilitar o contato/ acesso com o médico atestante.
- Encaminhar a Declaração de Óbito devidamente preenchida e assinada, ao Serviço Social do HCFMB.

### 7. AUTORES E REVISORES

7.1. Autores / Colaboradores – Marcos Roberto Franchi, Dra. Daniela Cristina dos Santos

7.2. Revisores – Marcos Roberto Franchi, Dra. Daniela Cristina dos Santos

### 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – A Declaração de Óbito: documento necessário e importante – Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília, 2006.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 7 de dezembro de 2004, versando sobre como proceder para peças anatômicas humanas, tecidos, membros, órgãos, e outros resíduos de serviços de saúde.



## PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - NAPAT

POP NAPAT SVO **010** PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO  
(CAUSAS NATURAIS)



POP NAPAT SVO **010** - PÁG.: **5/6** EMISSÃO: **04/04/2019** REVISÃO Nº **01** : **26/04/2021**

- COSTA, HO. Relatório de Gestão 2010 do Serviço de Verificação de Óbitos Antenor Teixeira Leal da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Maceió – Uncisal, 2010.

- Lei nº 5.452, de 22 d dezembro de 1986. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. Reorganiza os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo.

- Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM)/Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. [proaim@prefeitura.sp.gov.br](mailto:proaim@prefeitura.sp.gov.br).

- SecretariaDaSaúde: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668>.



## PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA - NAPAT

POP NAPAT SVO **010** PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (CAUSAS NATURAIS)



POP NAPAT SVO **010** - PÁG.: **6/6** EMISSÃO: **04/04/2019** REVISÃO Nº **01** : **26/04/2021**

### 9. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 - Botucatu - São Paulo - Brasil Tel. (14) 3811-6210 / (14) 3811-6219 - E-mail: qualidade.hc@fmb.unesp.br	
<b>TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO</b>		
<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO</b>		
1.1. Título: POP NAPAT SVO 010 - PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (CAUSAS NATURAIS)		
1.2. Área Responsável: NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLOGIA - NAPAT		
1.3. Data da Elaboração: <u>04/04/2019</u> Total de páginas: <u>06</u> Data da Revisão: <u>26/04/2021</u> Número da Revisão: <u>01</u>		
1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento: Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:		
Nome: Marcos Roberto Franchi Função: <u>Supervisor</u> Setor: Núcleo de Anatomia Patológica Assinatura:	Nome: Dra. Daniela Cristina dos Santos Função: <u>Responsável Técnica</u> Setor: Núcleo de Anatomia Patológica Assinatura:	
<b>2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):</b>		
Declaro que estou ciente e aprovo o conteúdo do documento: POP NAPAT SVO 010 - PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITOS (CAUSAS NATURAIS). Também autorizo a exposição do meu nome completo.		
Data: <u>10/05/2021</u>	Nome Completo Diretor: Dr. Marcelo Padovani de Toledo Moraes Assinatura:	