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.

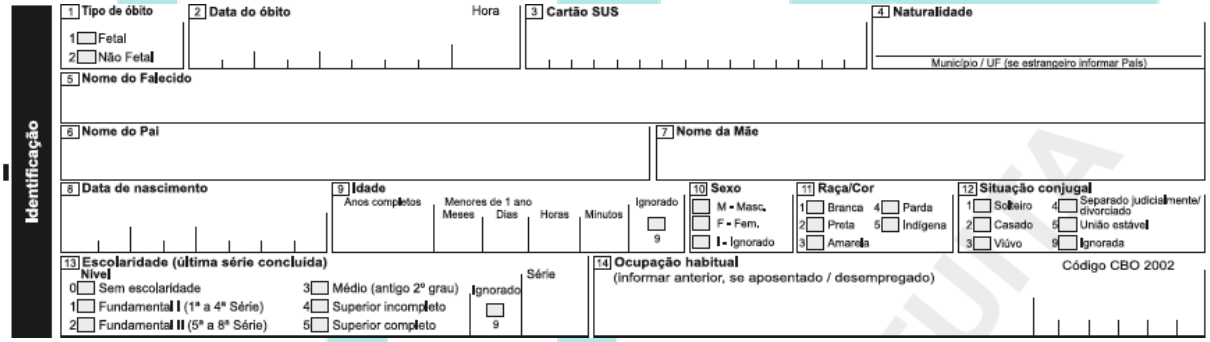
3.2. Materiais Específicos para o Procedimento: Declaração de óbito em branco; caneta esferográfica; documentação obrigatória do paciente em óbito.

3.3. Equipamentos: Não se aplica.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Equipe Médica

1. Preencher a Declaração de Óbito em 3 (três) vias;
2. Preencher as informações de identificação do paciente em óbito (Campos de1a14);



Bloco 1: Identificação

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

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

III Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito
1 Hospital 3 Domicílio 5 Outros
2 Outros estab. saúde 4 Via pública 6 Aldeia Indígena
Ignorado 9
21 Estabelecimento | Código CNES
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

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)

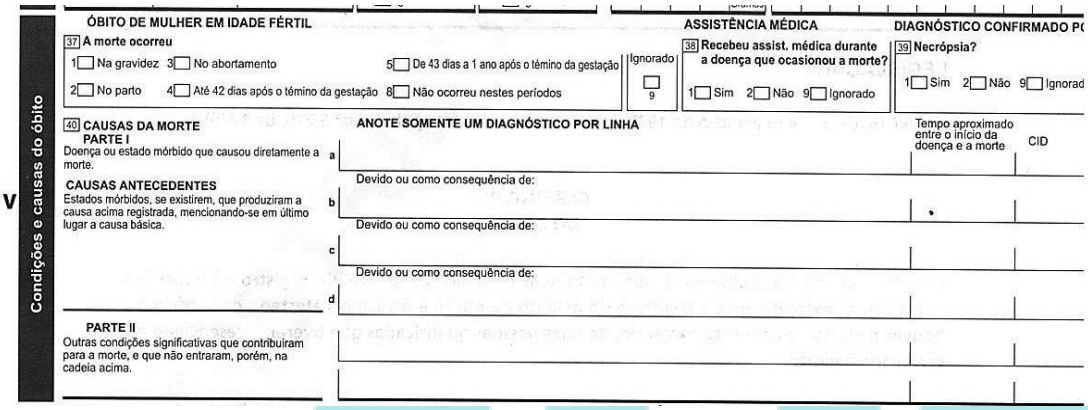
V Fetal ou menor que 1 ano

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

27 Idade (anos)
28 Escolaridade (última série concluída)
Nível: 0 Sem escolaridade; 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série); 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série); 3 Médio (antigo 2º grau); 4 Superior incompleto; 5 Superior completo
Série
Ignorado 9
29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) | Código CBO 2002
30 Número de filhos tidos: Nascidos vivos (99 Ignorado); Perdas fetais/abortos (99 Ignorado)
31 Nº de semanas de gestação (99 Ignorado)
32 Tipo de gravidez: 1 Única; 2 Dupla; 3 Tripla e mais; 9 Ignorada
33 Tipo de parto: 1 Vaginal; 2 Cesáreo; 9 Ignorado
34 Morte em relação ao parto: 1 Antes; 2 Durante; 3 Depois; 9 Ignorado
35 Peso ao nascer (Gramas)
36 Número da Declaração de Nascido Vivo

Bloco 4: Fetal ou menor que 1 ano

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
37 A morte ocorreu
1 Na gravidez 3 No abortamento 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação
2 No parto 4 Até 42 dias após o término da gestação 8 Não ocorreu nestes períodos
Ignorado 9

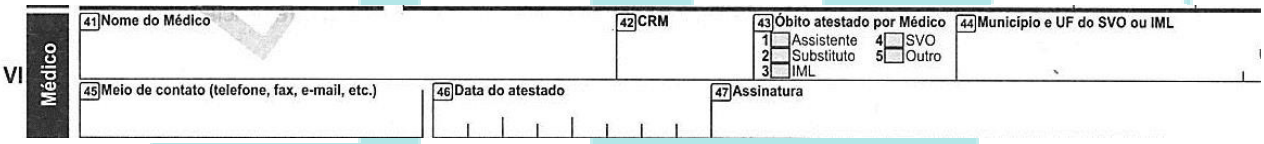
ASSISTÊNCIA MÉDICA
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
1 Sim 2 Não 9 Ignorado

DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PO
39 Necrópsia?
1 Sim 2 Não 9 Ignorad

40 CAUSAS DA MORTE
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA
PARTE I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte
CID
CAUSAS ANTECEDENTES
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.
Devido ou como consequência de: b
Devido ou como consequência de: c
Devido ou como consequência de: d
PARTE II
Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Bloco 5: Mulher em idade fértil

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 Assistente 4 SVO
2 Substituto 5 Outro
3 IML
44 Município e UF do SVO ou IML
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)
46 Data do atestado
47 Assinatura

Bloco 6: Médico

5. CONTINGÊNCIA

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

7.1 AUTORES: Marcos Roberto Franchi e Vinicius Pedro de Arruda

7.2 REVISORES: Dra. Daniela Cristina dos Santos; Marcos Roberto Franchi; José Edison Martins; Vinícius Pedrero de Arruda; Valéria Cuter; Viviane Martins Silveira Marques; Caroline Pereira da Silva.

8. REFERÊNCIAS

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – **A Declaração de Óbito: documento necessário e importante** – Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília, 2006.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 7 de dezembro de 2004, v**ersando sobre como proceder para peças anatômicas humanas, tecidos, membros, órgãos, e outros resíduos de serviços de saúde.**
3. 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.
4. 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.**
5. **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.
6. SecretariaDaSaúde:http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=668 .

9. ANEXOS: N/A

10. 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) 3811-6215 / (14) 3811-6215 – E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

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: 04/04/2019 Total de páginas: 06 **Data da Versão:** 07/03/2025
Número da Versão: 02

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	SETOR	ASSINATURA
Marcos Roberto Franchi	Núcleo de Anatomia Patológica	
Dra. Daniela Cristina dos Santos	Núcleo de Anatomia Patológica	

2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):

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: 18/03/2025	Supervisor: Marcos Roberto Franchi Assinatura:
Data: 21/03/25	Diretor: Dr. Marcelo Padovani de Toledo Morais Assinatura: