



# DECLARAÇÃO DE ÓBITO

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise em Saúde e Vigilância  
de Doenças não Transmissíveis

# Declaração de Óbito

## Manual de instruções para preenchimento

Brasília DF 2022



2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br).

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informação:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas  
SRTVN, Quadra 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar  
CEP: 70719-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7708/7710  
Site: <http://plataforma.sau.gov.br/cta-br-fic/>

*Edição-Geral:*

Arnaldo Correia de Medeiros – SVS/MS  
Giovanny Vinícius Araújo de França – DASNT/SVS/MS  
Marli Souza Rocha – Cgiae/DASNT/MS

*Supervisão-Geral:*

Jaqueline Silva Misael  
Juliana Rezende Melo da Silva

*Organização:*

Andréa de Paula Lobo – Cgiae/DASNT/SVS  
Ivana Poncioni de Almeida Pereira – Cgiae/DASNT/SVS  
Maria Helian Nunes Maranhão – Cgiae/DASNT/SVS  
Yluska Myrna Meneses Brandão e Mendes – Cgiae/DASNT/SVS

*Colaboração:*

Aglaêr Alves Nóbrega – Cgiae/DASNT/SVS/MS  
Angela Maria Cascão – SES/RJ  
Augusto César Cardoso dos Santos – DASNT/SVS/MS  
Cândida Pereira – SES/PE  
Cátia Martinez Minto – SES/SP  
Cristiano Siqueira Boccolini – ICICT/Fiocruz  
Delmason Soares Barbosa de Carvalho – SES/DF  
Denise Guerra Wingerter – SES/RN  
Fátima Grisi Kuyumjian – SMS/São José do Rio Preto/SP  
Josefa Angela Pontes de Aquino – SES/PB  
Ludmila Macêdo Naud – Cgiae/DASNT/SVS/MS  
Marcela Santos Corrêa da Costa – CGPNI/Deidt/SVS/MS  
Marcelo Verderamo – Arpen-Brasil  
Marcelo Salaroli de Oliveira – Arpen-Brasil  
Márcia Mazzei – SES/BA  
Sônia Lansky – SES/MG  
Tereza Filomena Lourenço Faillace – Drac/SAES/MS  
Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo – Cgiae/DASNT/SVS/MS  
Yurian Enrique Ramayo Perez – Cgiae/DASNT/SVS/MS

*Diagramação:*

Sabrina Lopes – Área editorial/Necom/SVS/MS

*Normalização:*

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

*Revisão de texto:*

Tamires Felipe Alcântara – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.

Declaração de Óbito : manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

67 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_obito\\_manual\\_preenchimento.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_manual_preenchimento.pdf)  
ISBN 978-65-5993-235-1

1. Mortalidade. 2. Sistema de Informações sobre Mortalidade. 3. Atestado de óbito. I. Título.

CDU 314.14(088)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0003

*Título para indexação:*

Death certificate: instruction manual for completion

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>A DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b>	<b>9</b>
<b>EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: UM ATO MÉDICO</b>	<b>13</b>
Considerações gerais	14
Condições para emissão da Declaração de Óbito	15
Quando não emitir a Declaração de Óbito	17
<b>FLUXOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b>	<b>19</b>
Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde	20
Óbito por causa natural ocorrido fora do estabelecimento de saúde e com assistência médica	21
Óbito por causa natural, sem assistência médica, em localidade com Serviço de Verificação de Óbito	22
Óbito por causa natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade sem Serviço de Verificação de Óbito	23
Óbito por causa natural ocorrido em localidade sem médico	24
Óbito por causa natural ocorrido em aldeia indígena com assistência médica	25
Óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade com Instituto Médico-Legal	26
Óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade sem Instituto Médico-Legal	27

<b>INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO</b>	<b>29</b>
Blocos da Declaração de Óbito	30
<b>DECLARAÇÃO DE ÓBITO EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>55</b>
Apêndice A   Modelo da Declaração de Óbito	56
Apêndice B   Principais definições	57
Apêndice C   Formulário “pessoa não identificada”	60
Apêndice D   Declaração de Óbito epidemiológica	61
Apêndice E   Respostas às perguntas mais frequentes	62
Apêndice F   Exemplos de preenchimento de Declarações de Óbito	64

# APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas, do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde (Cgiae/DASNT/SVS), apresenta a versão atualizada da publicação **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Neste documento, encontram-se orientações acerca do preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e também dos fluxos e dos conceitos básicos que envolvem o tema.

Desde 1976, o Ministério da Saúde adota um modelo de DO utilizado em todo o território nacional, que se constitui como o documento-padrão para alimentação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os dados captados por meio da DO são essenciais para produção das estatísticas de mortalidade, fundamentais para a análise de situação de saúde, vigilância, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Além disso, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, a DO também tem caráter jurídico, uma vez que é o documento hábil para a lavratura da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil.

O preenchimento da DO, de acordo com a legislação brasileira, é um ato médico. Assim, para que se possam produzir estatísticas vitais e epidemiológicas confiáveis, é indispensável o compromisso desse profissional em garantir a fidedignidade e a completude dos dados registrados.

Atento à dimensão continental do País e às suas particularidades ainda prementes no que diz respeito ao registro não oportuno da morte, o Ministério da Saúde também orienta acerca do uso da DO epidemiológica. Esse documento não tem caráter jurídico, tampouco é útil para assentamento do óbito em Cartório de Registro Civil. Ademais, apesar de não se configurar como um ato médico, é de interesse da gestão do SIM, pois permite contabilizar óbitos que não foram atestados por um médico, que de outro modo não fariam parte das estatísticas oficiais.

Esperamos que este Manual seja útil para apoiar os médicos e técnicos/gestores do SIM para o correto preenchimento e estabelecimento dos fluxos da DO e que, a partir disso, tenhamos o aprimoramento da qualidade das informações sobre mortalidade no Brasil.

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



# INTRODUÇÃO

Em 1975, o Ministério da Saúde (MS) delineou a implantação de um Sistema de Informações em Saúde e, como primeira etapa, a proposição de um Subsistema de Informações sobre Mortalidade. Até aquele momento, não havia padronização dos instrumentos de coleta de dados sobre óbito no País, tampouco existia fluxo dos dados desde a coleta até a chegada aos órgãos oficiais para publicação das estatísticas vitais em âmbito nacional. Nesse contexto, foi criado o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e, em 1976, foi adotado um modelo padronizado de Declaração de Óbito (DO), instrumento de coleta de dados do SIM, em todo o território nacional, seguindo assim, após diversas adequações, até os dias atuais<sup>1</sup>.

A responsabilidade pela emissão da DO é dos médicos, conforme prevê o Código de Ética Médica (Resolução CFM n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM n.º 2.222, de 23 de novembro de 2018, e n.º 2.226, de 21 de março de 2019), e a Resolução n.º 1.779, de 11 de setembro de 2005.

Atualmente, na esfera federal, o SIM está sob a gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do MS, especificamente, da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (Cgiae), que é responsável pela organização nacional de todos os componentes do SIM, inclusive pelas questões inerentes ao seu documento-padrão.

Neste Manual, serão apresentadas instruções para o correto preenchimento da DO, de modo que os dados dela extraídos possam embasar a análise de situação de saúde no País, nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiando a construção de políticas no campo da saúde pública e demais setores.

---

<sup>1</sup>Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Volume I – produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. 2009.





# A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Declaração de Óbito (DO) é o documento-padrão do SIM e de uso obrigatório em todo o território nacional. É um instrumento padronizado, impresso com sequência numérica única, formando conjuntos de três vias autocopiativas, com diferentes cores (branca, amarela e rosa), conforme layout padronizado pela SVS/MS (Apêndice A). O primeiro objetivo da DO é o de ser o formulário para a coleta de dados sobre mortalidade que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil, conforme determina o art. 10 da Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. O segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, que é indispensável para as formalidades legais do sepultamento e para o início dos processos sucessórios (de bens, direitos e obrigações).

---

Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973, alterada pela Lei n.º 6.216, de 30 de junho de 1975, alterada pela Lei n.º 13.484, de 27 de setembro de 2017: “Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento ou do lugar de residência do de cujus, quando o falecimento ocorrer em local diverso do seu domicílio, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

---

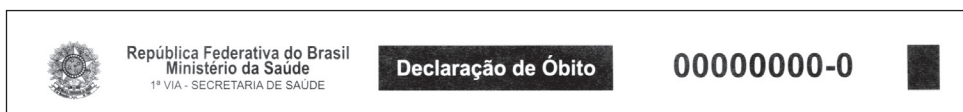
A versão atualmente em uso da DO foi atualizada, pela última vez, em 2014, e é composta por 59 variáveis distribuídas em 9 blocos:



A sequência numérica da DO é previamente atribuída e possui nove algarismos (Figura 1), divididos em duas partes:

- ▶ Os primeiros oito algarismos correspondem à numeração sequencial de cada formulário de DO.
- ▶ O último algarismo, resultado do algoritmo aplicado aos oito anteriores, é o dígito verificador, cuja principal função é evitar erros de digitação, bem como reduzir a possibilidade de fraudes na emissão do documento ou na digitação de registros.

**FIGURA 1** Parte inicial da Declaração de Óbito contendo a sequência numérica que foi atribuída



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

O controle da numeração, bem como a emissão e a distribuição dos formulários para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), é de competência exclusiva do MS, pela SVS (art. 12 da Portaria n.º 116 MS/SVS, de 11 de fevereiro de 2009). Dessa forma, caberá às SES (nível central ou regional, a depender da organização local) o repasse dos formulários às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) que ficarão responsáveis, assim como a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), pelo controle, pela distribuição às unidades notificadoras e pela utilização da DO em sua esfera de gerenciamento do SIM (art. 13 da Portaria n.º 116 MS/SVS, de 11 de fevereiro de 2009).

---

**IMPORTANTE:** a distribuição da DO para o Dsei, cuja área de abrangência ultrapasse os limites de uma unidade federada (UF), será de responsabilidade da representação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai/MS), mediante pactuação com a SVS/MS.

---

São unidades notificadoras aptas a receber formulários de DO:

- ▶ Estabelecimentos e serviços de saúde, inclusive o de atendimento ou internação domiciliar.
- ▶ Instituto Médico-Legal (IML).
- ▶ Serviço de Verificação de Óbito (SVO).
- ▶ Médico cadastrado pela SMS.
- ▶ Cartório de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico.

É vedada a distribuição da Declaração de Óbito para as empresas funerárias.



# EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: UM ATO MÉDICO

Os médicos têm responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO. Dessa forma, ocorrido um óbito, o médico tem a obrigação legal de constatá-lo e atestá-lo, utilizando o formulário-padrão.

---

O ato médico de preenchimento da DO é embasado pela Lei n.º 6.015/1973; pela Resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.779/2005; e pela Portaria n.º 116/2009.

---

Ressalta-se **que é vedado ao médico cobrar pela emissão da DO em quaisquer situações**. Ao profissional, caso seja solicitado, cabe apenas a cobrança da **consulta para verificação de óbito** em pacientes que não estejam sob sua responsabilidade, excetuadas as condições em que seja substituto (em plantões ou visita domiciliar sob a responsabilidade de uma unidade de saúde), ou que esteja no âmbito do SVO ou do IML.

É vedado ao médico cobrar pela emissão da DO em quaisquer situações.

## Considerações gerais

- ▶ É vedado ao médico atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso:
  - se o fizer como plantonista, substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal (Resolução CFM n.º 2.217/2018, Capítulo X, art. 83);
  - nos casos de óbito sem assistência médica, situação pela qual qualquer médico da localidade pode emitir a DO (Resolução CFM n.º 1.779/2005, art. 2º, alínea I, item b).
- ▶ A responsabilidade legal de todos os dados contidos na DO é do médico (Resolução CFM n.º 1.779/2005, art. 1º).

---

O médico nunca deve assinar uma DO em branco, e orienta-se que, antes de assinar, sempre verifique se todos os campos foram corretamente preenchidos.

---

- ▶ Nenhum sepultamento será realizado sem assentamento do óbito em Cartório de Registro Civil, que deverá expedir a Certidão de Óbito a partir da DO (Lei n.º 6.015/1973, art. 77, alterada pela Lei n.º 6.216/1975).
- ▶ Para as **causas não naturais** de morte, a emissão da Declaração de Óbito é de competência dos médicos dos serviços médico-legais (Resolução CFM n.º 1.779/2005, art. 2º).
- ▶ É importante o registro do nome completo do médico que assinou a DO, assim como do número do telefone de mais fácil acesso e e-mail. Isso é útil, tendo em vista que, em algumas situações, é necessário que o técnico que atua na gestão do SIM entre em contato com o médico que assinou a DO para a elucidação de dúvidas gerais acerca do preenchimento do formulário.

## Condições para emissão da Declaração de Óbito

- ▶ Qualquer óbito, seja por causa natural, por causa acidental ou violenta.
- ▶ Óbito fetal, de acordo com os seguintes critérios: gestação com duração igual ou superior a 20 semanas OU feto com peso corporal igual ou superior a 500 g OU estatura igual ou superior a 25 cm.
- ▶ Para todos os nascidos vivos que venham a falecer após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo. Nesse caso:
  - a Declaração de Nascido Vivo também será emitida;
  - não é necessário exigir a Certidão de Nascimento para emitir a DO.

---

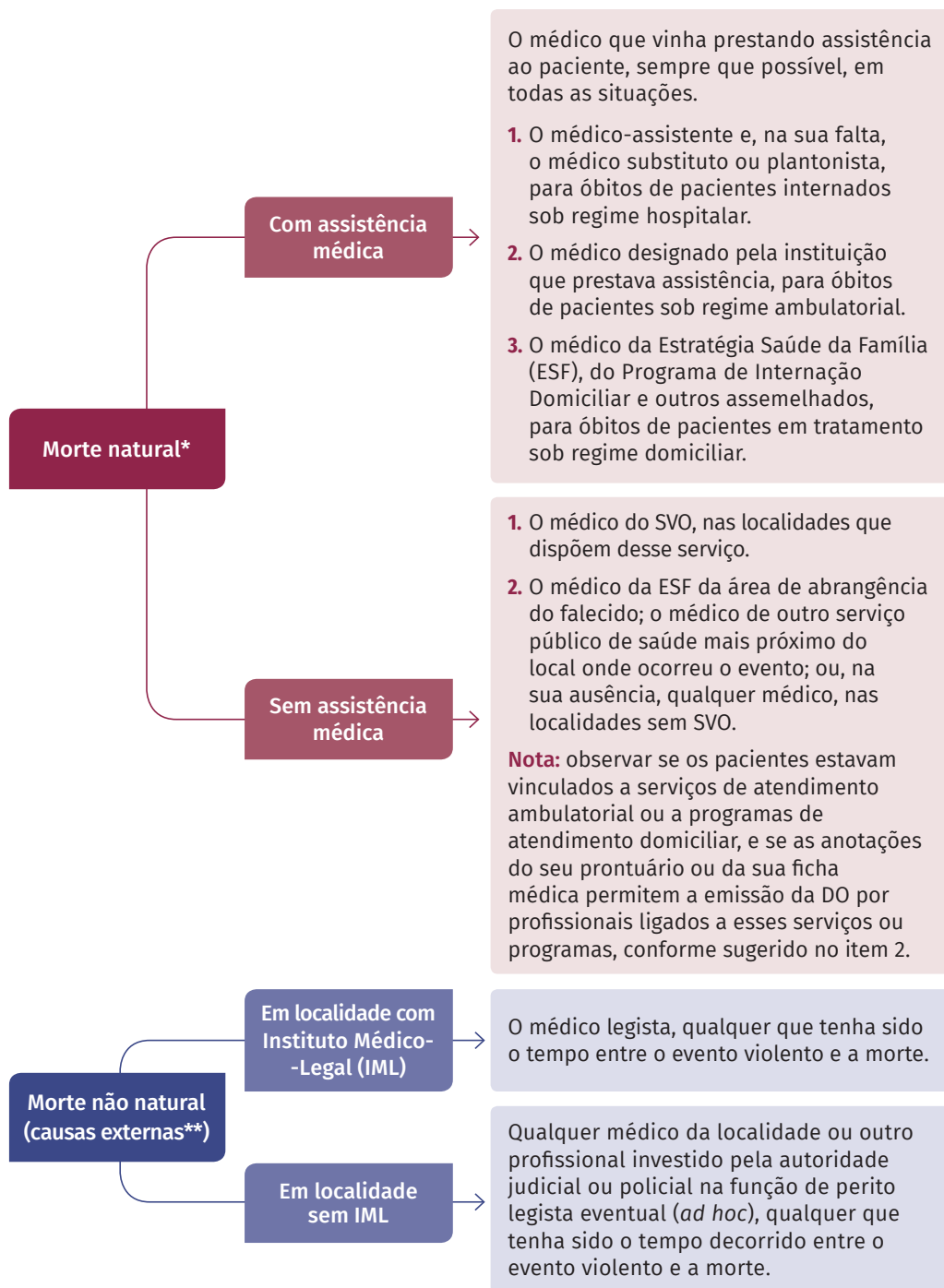
**É importante lembrar:** para os óbitos fetais, a emissão da DO leva em consideração as características elencadas neste Manual.

---

Na Figura 2, encontram-se resumidas as orientações aos médicos para emissão da DO, de acordo com as características do óbito a ser registrado.



**FIGURA 2** Emissão da Declaração de Óbito



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

\* Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

\*\* Homicídios, acidentes, suicídios e mortes suspeitas.

## Quando não emitir a Declaração de Óbito

A DO não deve ser emitida nas seguintes condições:

- ▶ Óbito fetal, se a gestação teve duração menor que 20 semanas **E** se o feto tiver peso corporal menor que 500 g **E** estatura menor que 25 cm:
  - **apenas** se a família requerer a DO, será facultada ao médico a emissão do documento para fins de sepultamento. Os dados dessa DO devem ser registrados no SIM.
- ▶ Para peças anatômicas removidas por ato cirúrgico ou de membros amputados.





# FLUXOS DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A normativa vigente sobre coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações acerca dos óbitos é a Portaria SVS n.º 116/2009.

As DOs são preenchidas nas unidades notificadoras e recolhidas, regularmente, pelas SMS. Em função das características do óbito (por causa natural, por causa acidental ou violenta) ou do local de sua ocorrência (hospital, outros estabelecimentos de saúde, via pública, domicílio ou outro), o fluxo da DO varia, de acordo com o disposto nos artigos 20 a 26 da Portaria n.º 116/2009<sup>2</sup>.

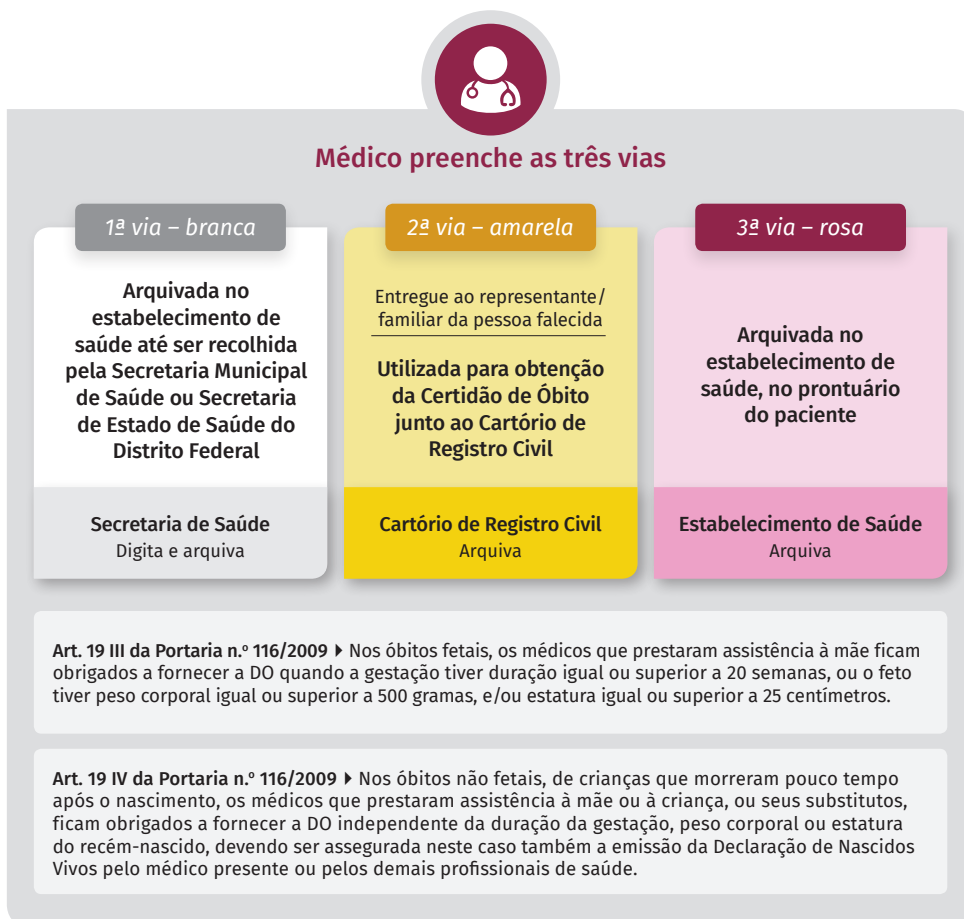
---

<sup>2</sup>Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde – Portaria n.º 116, de 11 de fevereiro de 2009, publicada em Diário Oficial da União de 12 fevereiro de 2009, regulamentando a coleta de dados, o fluxo e a periodicidade do envio de informações sobre óbitos e nascidos vivos, para os Sistemas de Informações em Saúde, revogando a Portaria n.º 20, de 3 de outubro de 2003, do mesmo título.

## Óbito por causa natural ocorrido em estabelecimento de saúde

A DO será emitida pelo médico que prestava assistência ao paciente e, em caso de ausência ou impedimento, pelo médico substituto (art. 20 da Portaria n.º 116/2009).

**FIGURA 3** Fluxo de Declaração de Óbito: ocorrência em estabelecimento de saúde

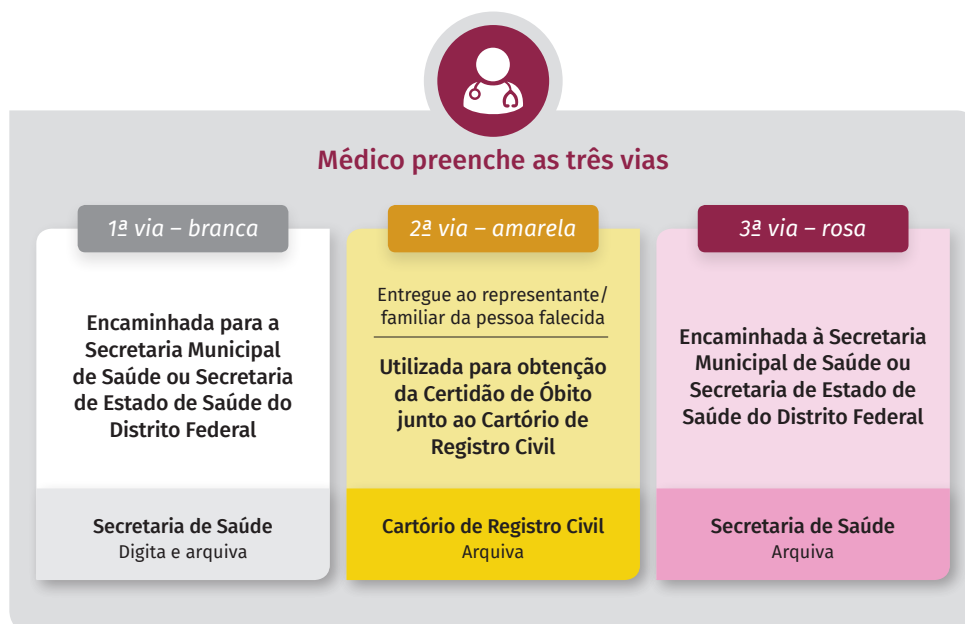


Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

## Óbito por causa natural ocorrido fora do estabelecimento de saúde e com assistência médica

A DO será emitida pelo médico responsável pela assistência, OU designado pela instituição que prestava assistência, OU pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, OU Unidade de Saúde da Família mais próxima do local onde ocorreu o óbito, OU médico do SVO (art. 21 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

**FIGURA 4** Fluxo de Declaração de Óbito: ocorrência fora do estabelecimento de saúde e com assistência médica

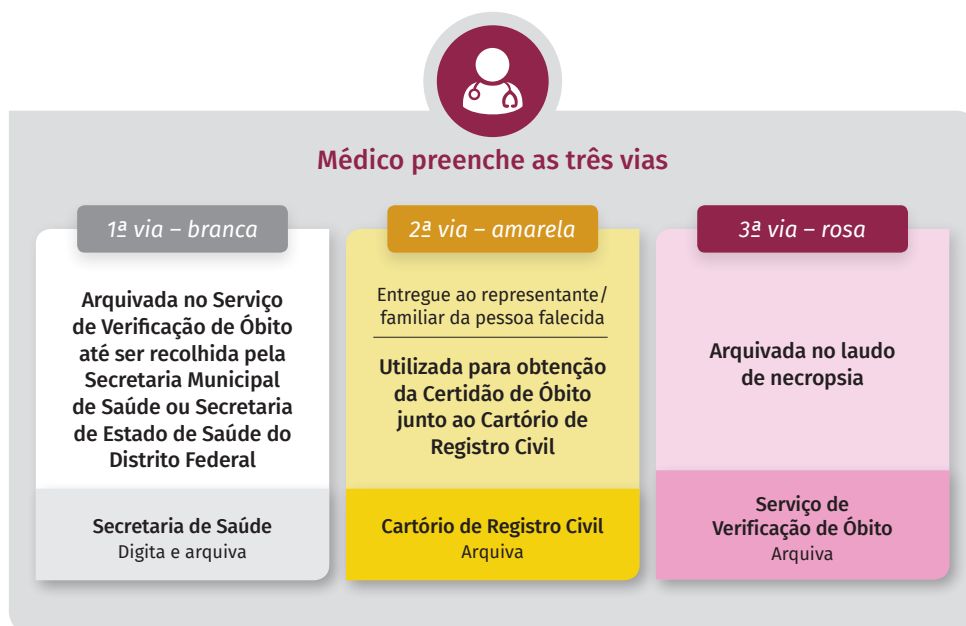


Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

## Óbito por causa natural, sem assistência médica, em localidade com Serviço de Verificação de Óbito

A DO será emitida pelo médico do SVO (art. 22 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

**FIGURA 5** Fluxo de Declaração de Óbito: ocorrência fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade com Serviço de Verificação de Óbito

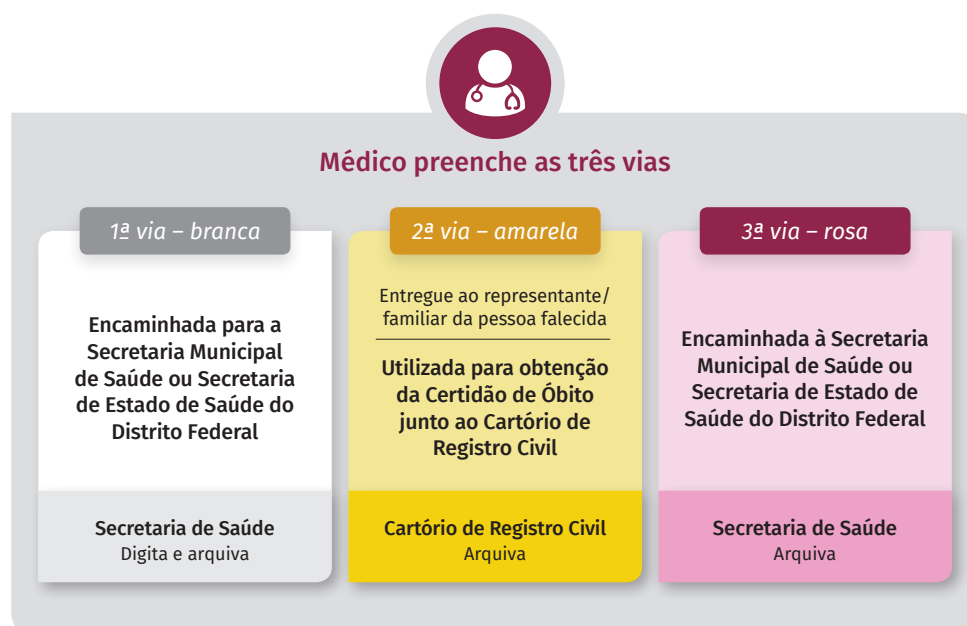


Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

## Óbito por causa natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade sem Serviço de Verificação de Óbito

A DO será emitida pelo médico do serviço público de saúde mais próximo ao local onde ocorreu o óbito, OU médico designado pela SMS, OU qualquer médico da localidade (art. 21, parágrafo único, da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

**FIGURA 6** Fluxo de Declaração de Óbito: ocorrência fora do estabelecimento de saúde, sem assistência médica, em localidade sem Serviço de Verificação de Óbito



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.



## Óbito por causa natural ocorrido em localidade sem médico

A DO será emitida pelo oficial do Cartório de Registro Civil (art. 23 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009)

**FIGURA 7** Fluxo de Declaração de Óbito: ocorrência em localidade que não dispõe de médicos

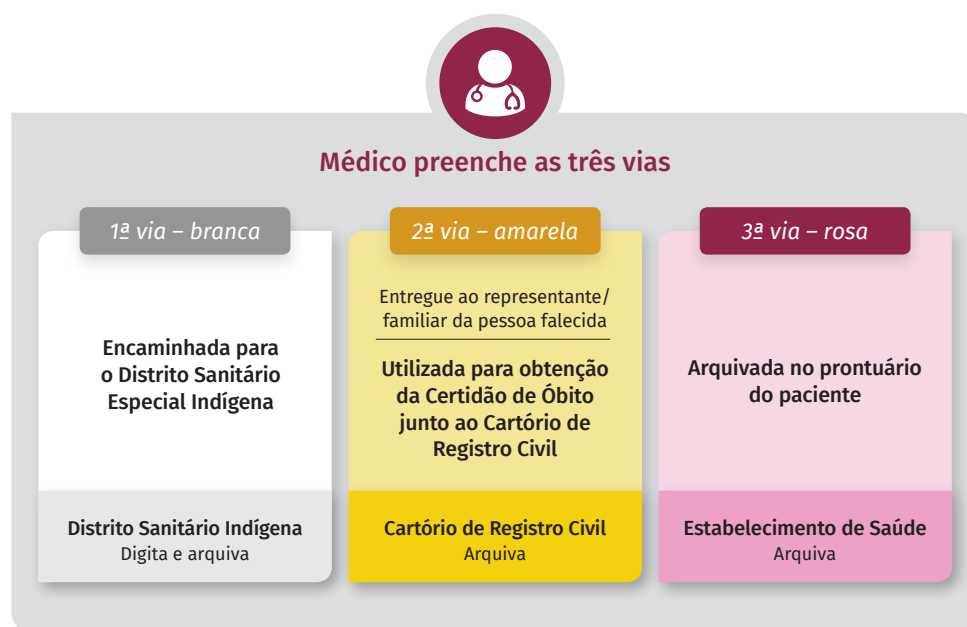


Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

## Óbito por causa natural ocorrido em aldeia indígena com assistência médica

A DO será emitida pelo médico atestante da aldeia indígena (art. 24 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

**FIGURA 8** Fluxo de Declaração de Óbito: ocorrência em aldeia indígena com assistência médica



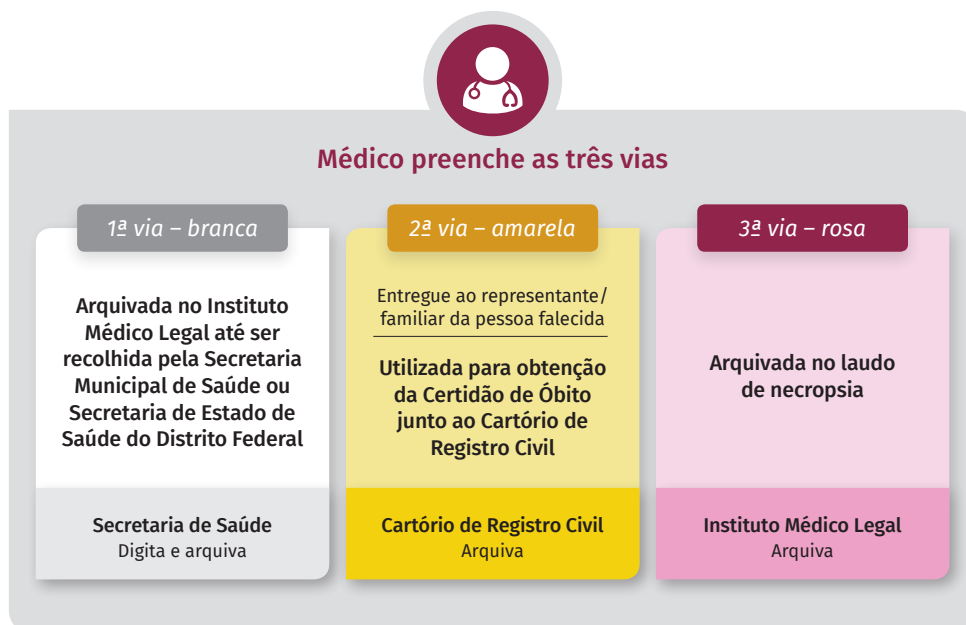
Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

Obs.: há situações em que a primeira via da DO é encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, que também fica responsável por digitar e arquivar.

## Óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade com Instituto Médico-Legal

A DO será emitida pelo médico do IML (art. 25 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

**FIGURA 9** Fluxo de Declaração de Óbito: causa externa ocorrida em localidade com Instituto Médico-Legal



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

## Óbito por causa acidental ou violenta ocorrido em localidade sem Instituto Médico-Legal

A DO será emitida pelo médico da localidade OU por outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (*ad hoc*) (art. 26 da Portaria SVS/MS n.º 116/2009).

**FIGURA 10** Fluxo de Declaração de Óbito: causa externa ocorrida em localidade que não dispõe de Instituto Médico-Legal



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.



# INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

---

Antes do preenchimento da DO, o formulário contendo as três vias autocopiativas deve ser destacado do bloco para não borrar as folhas subsequentes.

---

Orienta-se a escrita com letra de forma e utilizando caneta esferográfica azul ou preta, dando preferência à cor azul. É importante ressaltar que não deve haver emendas ou rasuras na DO e que, caso isso ocorra, as rasuras devem ser corrigidas de forma legível à margem do documento e assinado próximo à ressalva.

**A ressalva deve ser assinada APENAS pelo próprio médico atestante e não, e em hipótese alguma, por outro médico ou por qualquer outro profissional de saúde.**

Não sendo possível realizar a ressalva, o formulário deve ser anulado e encaminhado pela unidade notificadora e/ou pelo médico declarante ao setor da SMS ou da SES-DF responsável pela gestão do SIM OU deve ser entregue na ocasião da coleta das vias brancas.

Deve-se também evitar campos em branco, assinalando a opção “**Ignorado**”, quando não se conhecer a informação solicitada, ou incluindo um traço (-), quando não se aplicar ao item correspondente ou na impossibilidade de obtenção dos dados.

---

É necessário que as gestões estaduais e municipais do SIM verifiquem o quantitativo de DOs rasuradas para discussão com os Conselhos Regionais de Medicina visando à redução de perdas.

---

## **Blocos da Declaração de Óbito**

A DO possui 59 variáveis distribuídas em 9 blocos. Todas as variáveis demandam atenção. Nesta seção, estão descritas as instruções para o preenchimento.



## Bloco I • Identificação

Por meio do bloco I, composto por 14 variáveis, é possível obter informações sobre a identificação do falecido. Recomenda-se o preenchimento do formulário, **sempre que possível**, a partir de um documento de identificação com foto (Registro Geral – RG, Carteira Nacional de Habilitação – CNH, passaporte ou outros).

**FIGURA 11** Bloco I da Declaração de Óbito

1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito ____/____/____	3) Cartão SUS ____.____.____.____.____.____	4) Naturalidade ____.____.____.____.____.____ <small>Município / UF (se estrangeiro informar País)</small>	
5) Nome do Falecido ____.____.____.____.____.____				
6) Nome do Pai ____.____.____.____.____.____		7) Nome da Mãe ____.____.____.____.____.____		
8) Data de nascimento ____/____/____	9) Idade Anos completos: ____ Menores de 1 ano: Meses ____ Dias ____ Horas ____ Minutos ____ Ignorado <input type="checkbox"/> 9	10) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11) Raça/Cor 1) Branca 4) Parda 2) Preta 5) Indígena 3) Amarela	12) Situação conjugal 1) Solteiro 4) Separado judicialmente/divorçado 2) Casado 5) União estável 3) Viúvo 9) Ignorada
13) Escolaridade (última série concluída) Nível: 0) Sem escolaridade 3) Médio (antigo 2º grau) Ignorado <input type="checkbox"/> 9 1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4) Superior incompleto 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5) Superior completo		14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) ____.____.____.____.____.____ <small>Código CBO 2002</small>		

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**1 Tipo de óbito** – assinalar com um “X” a opção correspondente ao tipo de óbito, conforme definições para óbito fetal e óbito não fetal disponíveis no Apêndice B.

**2 Data do óbito** – anotar a data em que ocorreu o óbito seguindo o padrão **dia, mês e ano (dd/mm/aaaa)**. Quando não for possível definir a data exata, informar a data estimada. O SIM não aceita o registro da DO contendo essa variável em branco.

**Hora:** anotar a hora exata ou aproximada em que ocorreu o óbito, no padrão 24h.

**Importante:** não existe 24h00. Pode-se preencher 23h59 (último minuto do dia) ou 00h00 (primeiro minuto do dia).

**3 Cartão SUS** – anotar o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Quando indisponível, deve-se passar um traço nesse campo. Esse número é dividido em quatro séries: a primeira com três algarismos e as demais com quatro algarismos cada.

**4 Naturalidade** – preencher o nome do município onde o falecido nasceu, com a sigla da respectiva UF. Em caso de desconhecimento do município, tentar preencher pelo menos a sigla da UF. Para estrangeiros, preencher o nome do país de origem. Se a naturalidade não for conhecida, deve-se passar um traço no campo correspondente a essa variável.



Durante a digitação do documento, esses dados serão complementados pelo respectivo código adotado pelo IBGE.

**5 Nome do falecido** – preencher o nome completo do falecido, sem abreviaturas. Em caso de óbito fetal, preencher com a descrição **“Natimorto”**.

Para as pessoas sem identificação até o momento da emissão da DO, visando à padronização mínima de nomenclatura, deve-se preencher a variável “Nome do falecido” com o termo **“Pessoa não identificada”**. Essa orientação apoia a Lei n.º 13.812, de 16 de março de 2019, que institui a Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas e cria o Cadastro Nacional de Pessoas Desaparecidas, especialmente o art. 6º.

---

Informações como estatura ou medida do corpo, sinais aparentes, vestuário, e qualquer outra indicação que possa auxiliar o seu reconhecimento, podem ser anotadas, complementarmente à DO, em ficha específica (Apêndice C), para, em seguida, ser arquivada juntamente ao prontuário e/ou ao laudo de necropsia da pessoa falecida.

---

**6 Nome do pai** – preencher o nome completo do pai do falecido, sem abreviaturas. Em caso de ser desconhecido, preencher com **“Ignorado”**.

**7 Nome da mãe** – preencher o nome completo da mãe do falecido, sem abreviaturas. Em caso de ser desconhecido, preencher com **“Ignorado”**.

**8 Data de nascimento** – anotar a data de nascimento do falecido no padrão **dia, mês e ano (dd/mm/aaaa)**.

**9 Idade** – preencher com a idade do falecido ou a idade presumida, conforme descrito a seguir:

**Anos completos:** preencher quando a idade do falecido, mesmo que presumida, for igual ou maior que 1 ano. Nesse caso, a variável deve ser preenchida utilizando anos completos.

**Menores de 1 ano:** preencher quando a idade do falecido for menor que um ano. Essa variável deve ser preenchida desta forma:

- **Até 11 meses e 29 dias:** preencher com o número de **meses completos** de vida, se a criança tiver morrido com idade a partir de 1 mês e menos de 12 meses completos.
- **Até 29 dias:** preencher com o **número de dias** de vida, se a criança tiver morrido com idade a partir de 1 dia e menos de 30 dias completos.
- **Até menos de 1 dia:** preencher com o **número de horas** de vida, se a criança tiver morrido com idade a partir de 1 hora e menos de 24 horas completas.
- **Até menos de 1 hora:** preencher com o **número de minutos** de vida, se a criança tiver morrido com menos de 60 minutos completos.
- **Ignorado:** quando não for possível identificar a idade do falecido.

No caso de óbito fetal, esse campo não deve ser preenchido

**10 Sexo** – assinalar com um “X” a opção correspondente ao sexo. A alternativa “**Ignorado**” só deverá ser assinalada em casos especiais, como cadáveres mutilados, em estado avançado de decomposição, genitália indefnida ou hermafroditismo.

As variáveis de 11 a 14 não devem ser preenchidas para óbitos fetais.

**11 Raça/cor** – assinalar a opção correspondente com um “X”. Essa variável não admite a alternativa “**Ignorada**”.

A raça ou cor da pele do falecido deve ser perguntada ao responsável por prestar as informações sobre o falecido, que deverá ser orientado sobre a existência e a seleção de uma das cinco opções: branca, preta, amarela, parda e indígena. É importante ler todas as opções de cor da pele ou raça para o informante.

**12 Situação conjugal** – assinalar com um “X” a opção correspondente à alternativa da situação conjugal do falecido: solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente/divorciado, união estável, ignorada. Preencher com a informação fornecida pelos familiares.

Deve-se informar aos familiares que o estado civil que constará do registro e da certidão de óbito será aquele que for declarado perante o oficial de registro, que exercerá o seu dever de verificar os requisitos legais para a atribuição dessa informação, mesmo que seja diferente do que consta na DO.

Os cartórios **não devem recusar** ou devolver a DO ao serviço de saúde quando houver divergência entre essa informação com a que é apurada no registro civil. Nesse caso, prevalecerá a informação declarada no cartório, considerando que o preenchimento da DO não dispensa a qualificação pelo registrador.

**13 Escolaridade (última série concluída)** – essa variável deve ser respondida em duas etapas:

**1ª etapa – nível de escolaridade:**

- 0 – Sem escolaridade
- 1 – Fundamental I (1ª à 4ª série)
- 2 – Fundamental II (5ª à 8ª série)
- 3 – Médio (antigo 2º grau)
- 4 – Superior incompleto
- 5 – Superior completo
- 9 – Ignorado

Caso não tenha frequentado o ensino formal, anotar “Sem escolaridade” (nível: categoria 0).

Quando não for possível identificar a escolaridade, anotar “Ignorado” (nível: categoria 9).

**2ª etapa – série:**

Preencher a série concluída, se a etapa anterior for as alternativas 1, 2 ou 3.

**14 Ocupação habitual** – é o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002). O código não precisa ser preenchido pelo médico, pois o digitador preencherá a partir da tabela completa, disponível no sistema.

Recomenda-se, sempre que possível, não preencher com ocupações inespecíficas, como vendedor, operário, professor, médico etc., e sim com o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operária têxtil, professor de matemática do ensino médio, médico-pediatra, entre outras opções.

No caso de o falecido ser **aposentado**, preencher com a ocupação habitual anterior.



## Bloco II • Residência

Este bloco se destina a colher dados sobre a residência do falecido e contém cinco variáveis.

**FIGURA 12** Bloco II da Declaração de Óbito

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

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**15 Logradouro (rua, praça, avenida etc.)** – preencher o endereço completo, incluindo número e complemento.

O endereço de residência é uma informação que impacta o registro de óbito, pois ele poderá ser lavrado no cartório da residência do falecido ou no da ocorrência.

**16 CEP** – preencher com o código constante no Código de Endereçamento Postal (CEP), conforme Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT). O CEP é essencial para viabilizar a padronização da entrada de dados no SIM referentes ao nome do logradouro, do bairro e da cidade.

**17 Bairro/Distrito** – preencher com o nome do bairro ou do distrito ao qual pertence o logradouro. Caso não obtenha a informação, passar um traço no espaço disponível. O código do bairro/distrito não precisa ser preenchido pelo médico.

**18 Município de residência** – preencher com o nome completo do município onde residia habitualmente o falecido. O código não precisa ser preenchido.

**IMPORTANTE:** em caso de óbito fetal, considerar o município de residência da mãe.

**19 UF** – preencher com a sigla da Unidade da Federação (estado ou DF) à qual pertence o município de residência.



## Bloco III • Ocorrência

Este bloco se destina a colher informações sobre o local onde ocorreu o óbito e é composto por sete variáveis.

**FIGURA 13** Bloco III da Declaração de Óbito

III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito	21 Estabelecimento		
	1 Hospital    3 Domicílio    5 Outros    Ignorado 2 Outros estab. saúde    4 Via pública    6 Aldeia indígena    9	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

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**20 Local de ocorrência do óbito** – assinalar com um “X” a opção correspondente à área física onde ocorreu o óbito, de acordo com as alternativas:

- 1 – Hospital:** se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas, com assistência permanente de, pelo menos, um médico.
- 2 – Outros estabelecimentos de saúde:** se o óbito ocorreu em outros estabelecimentos que prestam assistência à saúde coletiva ou individual que não hospitais (postos/centros de saúde, Unidades Básicas de Saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência<sup>3</sup>, por exemplo).
- 3 – Domicílio:** se o óbito ocorreu em um domicílio, mesmo que não seja do falecido.
- 4 – Via pública:** se o óbito ocorreu em uma via pública.
- 5 – Outros:** se o óbito não ocorreu em um estabelecimento de saúde, nem em domicílio ou em via pública, como, por exemplo, presídios.
- 6 – Aldeia indígena:** se o óbito ocorreu em uma aldeia indígena.
- 9 – Ignorado:** quando não for possível identificar o local de ocorrência do óbito.

<sup>3</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 288, de 12 de março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes).

**21 Estabelecimento** – preencher com o nome do hospital ou de outro estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito.

**Código Cnes:** corresponde ao código do estabelecimento de saúde constante do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. O código não precisa ser preenchido.

**22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida etc.)** – preencher o endereço completo do local onde ocorreu o óbito.

**IMPORTANTE:** o endereço de ocorrência do óbito refere-se ao local exato do falecimento. Por exemplo: em óbito ocorrido em rodovias, mesmo que a emissão da DO seja feita em hospital, o local de ocorrência será a rodovia.

**23 CEP** – preencher o Código de Endereçamento Postal completo, com oito números, correspondente ao endereço constante na variável 22 – Endereço de ocorrência.

**24 Bairro/Distrito** – preencher com o nome do bairro ou do distrito ao qual pertence o logradouro, conforme constam do Cadastro de Logradouros. O código não precisa ser preenchido.

**25 Município de ocorrência** – preencher com o nome do município onde ocorreu o óbito. O código não precisa ser preenchido.

**26 UF** – preencher com a sigla da Unidade da Federação (estado ou Distrito Federal) à qual pertence o município de ocorrência do óbito.

---

**Sempre bom lembrar:**  
preencha com LETRA DE FORMA.

---



## Bloco IV • Fetal ou menor que 1 ano

Este bloco é destinado ao preenchimento de dados **apenas** na ocorrência de óbito fetal ou de menores de 1 ano; caso contrário, passar para o bloco V (“Condições e causas da morte”). Ressalta-se que a variável “Número da Declaração de Nascido Vivo” (campo 36) não será preenchida para os óbitos fetais.

As respostas para as variáveis 27 a 33 do bloco IV referem-se à mãe do falecido (óbito fetal ou menor de 1 ano).

**FIGURA 14** Bloco IV da Declaração de Óbito

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
IV Fetal ou menor que 1 ano	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída)	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		
	0 Sem escolaridade	3 Médio (antigo 2º grau)	9 Ignorado		
	1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4 Superior incompleto	Série		
	2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5 Superior completo	Código CBO 2002		
	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez	33 Tipo de parto	
	1 Único	1 Única	1 Vaginal	34 Morte em relação ao parto	
	2 Dupla	2 Dupla	2 Cesáreo	1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado	
	3 Tripla e mais	3 Tripla e mais	9 Ignorada	35 Peso ao nascer	36 Número da Declaração de Nascido Vivo
	9 Ignorado	9 Ignorado	9 Ignorado	9 Ignorado	9 Ignorado

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**27 Idade (anos)** – preencher a IDADE DA MÃE com dois algarismos.

**28 Escolaridade (última série concluída)** – essa pergunta deve ser respondida em duas etapas.

**1ª etapa – nível de escolaridade:**

- 0 – Sem escolaridade
- 1 – Fundamental I (1ª à 4ª série)
- 2 – Fundamental II (5ª à 8ª série)
- 3 – Médio (antigo 2º grau)
- 4 – Superior incompleto
- 5 – Superior completo
- 9 – Ignorado

**2ª etapa – série:**

Preencher a série concluída, se a etapa anterior for as alternativas 1, 2 ou 3.

Caso não tenha frequentado o ensino formal, anotar “Sem escolaridade” (nível: categoria 0).

Quando não for possível identificar a escolaridade, anotar “Ignorado” (nível: categoria 9).

**29 Ocupação habitual** – tipo de trabalho exercido habitualmente pela mãe. A informação deve ser detalhada. O código não precisa ser preenchido.

- ▶ Recomenda-se não preencher com ocupações vagas, como vendedora, operária, professora, médica etc., mas com o complemento da ocupação: vendedora de automóveis, operária têxtil, professora de matemática do ensino médio, médica-pediatra, entre outras opções.
- ▶ No caso de a mãe do falecido ser **aposentada**, preencher com a ocupação habitual anterior.

**30 Número de filhos tidos** – destina-se a informações pregressas sobre o número de filhos tidos (vivos e mortos), inclusive perdas fetais/abortos. Ou seja, não se refere à gestação atual.

Preencher com dois algarismos. Se não houver informação a respeito, assinalar a opção 99 – Ignorado.

Lembrar que essa variável não inclui o falecido (nascido vivo ou morto) a que se referir a DO em preenchimento.

**31 Número de semanas de gestação** – preencher o número de semanas de gestação com dois algarismos. Se não houver informação a respeito, assinalar a opção 99 – Ignorado.

**32 Tipo de gravidez** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de gravidez (1 – Única, para um; 2 – Dupla, para gêmeos; 3 – Tripla ou mais, para trigêmeos ou mais). Caso não conheça o dado, assinalar 9 – Ignorado.

**33 Tipo de parto** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo de parto (1 – Vaginal, 2 – Cesáreo). Caso não se conheça o dado, assinalar 9 – Ignorado.

As variáveis a seguir se referem ao feto ou ao menor de 1 ano.

**34 Morte em relação ao parto** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente ao óbito em relação ao parto (1 – Antes, 2 – Durante, 3 – Depois). Caso não se conheça o dado, assinalar 9 – Ignorado.

**35 Peso ao nascer** – preencher o peso em gramas (quatro algarismos).

**36 Número da Declaração de Nascido Vivo** – preencher com todos os caracteres do número da Declaração de Nascido Vivo. **Apenas para os óbitos não fetais.**





## Bloco V • Condições e causas do óbito

Este bloco é destinado às condições e causas que provocaram o óbito e é composto por quatro variáveis.

**Importante:** o preenchimento deve ser feito para qualquer tipo de óbito (fetal ou não fetal). O **médico** deverá descrever as causas da morte em sequência lógica de eventos, anotando, preferencialmente, apenas um diagnóstico por linha.

**FIGURA 15** Bloco V da Declaração de Óbito

<b>V</b> Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>
	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		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> 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 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		9 <input type="checkbox"/> Ignorado	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
<b>40 CAUSAS DA MORTE</b>		<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>		
<b>PARTE I</b>		a Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b>		b Devido ou como consequência de:		
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		c Devido ou como consequência de:		
<b>PARTE II</b>		d Devido ou como consequência de:		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**Óbitos de mulher em idade fértil:** essa variável deve ser preenchida em caso de óbito de mulher em idade fértil.

É possível que a pessoa gestante seja do gênero masculino, conforme seus documentos pessoais, no caso de pessoas transgêneras.

**37 A morte ocorreu** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à situação gestacional ou pós-gestacional em que ocorreu o óbito:

- 1 - Na gravidez,
- 2 - No parto,
- 3 - No abortamento,
- 4 - Até 42 dias após o término da gestação,
- 5 - De 43 dias a 1 ano após o término da gestação OU
- 8 - Não ocorreu nesses períodos.

Caso não tenha conhecimento sobre esse dado, assinalar:

- 9 - Ignorado.

**IMPORTANTE:** a variável 37 é essencial para identificar óbitos maternos, especialmente quando a morte for em decorrência de doenças pré-existentes relacionadas ou agravadas pelo ciclo gravídico-puerperal.

## ASSISTÊNCIA MÉDICA

**38 Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à alternativa escolhida: 1 – Sim, 2 – Não OU 9 – Ignorado.

---

**Bom lembrar:**  
o preenchimento diz respeito à assistência médica durante o curso da doença que levou o paciente à morte, e não no momento do óbito.

---

## DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:

**39 Necrópsia?** – assinalar com um “X” a quadrícula correspondente à alternativa de execução ou não de necropsia: 1 – Sim – Considerar a realização de necropsia convencional e/ou autopsia minimamente invasiva, 2 – Não OU 9 – Ignorado.

**IMPORTANTE:** a autopsia verbal não é considerada uma necropsia

**40 Causas da morte** – os conceitos de “causa de morte” e de “causa básica”, definidos em Assembleia Geral da OMS, estão descritos no **Apêndice B**.

**PARTE I** – doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte (as linhas devem ser preenchidas de cima para baixo, seguindo a ordem de “devido a” ou “como consequência de”)

- Na linha **a**: anotar a doença ou a lesão que provocou a morte (**causa terminal ou imediata**).
- Nas linhas **b** e **c**: anotar os estados mórbidos que produziram a causa registrada na linha **a** (**causas antecedentes ou consequenciais**).
- Na linha **d**: anotar, corretamente, a causa básica, com um diagnóstico.

Quando possível, orienta-se que o médico declare um diagnóstico por linha.

Atentar para o preenchimento de todas as causas de morte, e não apenas as terminais.

No caso de óbito fetal, não preencher com a expressão “natimorto”, pois, além de não se caracterizar como uma causa de óbito, a menção deve ser feita no bloco I – Identificação.

**PARTE II** – outras condições significativas que contribuíram para morte, mas que não entraram na cadeia inserida na parte I. As causas registradas nesta parte são denominadas **contribuintes**.

A declaração das causas de morte na DO (formulário brasileiro) está em consonância com o **Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte**, atualmente em vigor em todos os países e recomendado, em 1948, durante a Assembleia Mundial de Saúde.<sup>4</sup>

**TEMPO APROXIMADO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE** – podendo ser descrito em anos, meses, dias, horas e minutos. Esse espaço deve ser anotado nas partes I e II.

**CID** – os espaços destinados aos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) **não devem ser preenchidos pelo médico**. Essa atividade cabe aos codificadores de causas de morte, que são profissionais capacitados para atribuir códigos às descrições médicas e selecionar a causa básica da morte.

---

<sup>4</sup>Organização Mundial de Saúde (OMS) – Conferência Internacional para a Sexta Revisão das Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte, realizada em Paris, de 26 a 30 de abril de 1948.



## Bloco VI • Médico

Este bloco é destinado à coleta de dados sobre o médico que preenche e assina a DO, e contém sete variáveis.

**FIGURA 16** Bloco VI da Declaração de Óbito

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

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**41 Nome do médico** – escrever o nome completo do médico responsável pelo preenchimento da DO.

**42 CRM** – anotar o número de inscrição do médico no Conselho Regional de Medicina (CRM) da UF a que estiver jurisdicionado.

**43 Óbito atestado por médico** – assinalar com um “X” a opção correspondente à condição do médico que assina a DO.

1. Assistente – atendeu, efetivamente, o paciente durante a doença que ocasionou o óbito, ou a mãe, em caso de óbito fetal.
2. Substituto – foi o plantonista, residente, chefe de equipe que não tenha acompanhado o falecido durante a doença, mas apenas por ocasião da morte.
3. IML – pertence ao Instituto Médico-Legal.
4. SVO – pertence ao Serviço de Verificação de Óbito.
5. Outros – não atendeu ao falecido durante a doença ou por ocasião da morte ou à mãe, em caso de óbito fetal; ou os casos que não estão enquadrados nas categorias anteriores.

**44 Município e UF do SVO ou IML** – essa variável deve ser preenchida apenas quando, no campo anterior, tiver sido informado que o médico atestante atua no SVO ou no IML.

**45 Meio de contato** – anotar o meio de contato do médico que assinou a DO, tal como telefone, fax, e-mail ou outro qualquer.

**46 Data do atestado** – preencher com a data em que o atestado foi assinado segundo o padrão dia, mês e ano (**dd/mm/aaaa**).

**47 Assinatura** – espaço destinado à assinatura do médico atestante e o carimbo com o número de inscrição no CRM.





## Bloco VII • Causas externas

Este bloco se destina à obtenção de dados sobre as prováveis circunstâncias de morte não natural, e contém cinco variáveis. Vale salientar que tem fins **epidemiológicos** e se constitui como um complemento ao **bloco V** – “Condições e causas do óbito”, correspondente ao Capítulo XX da CID-10 – “Causas externas de morbidade e de mortalidade”<sup>5</sup>.

**FIGURA 17** Bloco VII da Declaração de Óbito

VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)																	
	48 Tipo			Ignorado		49 Acidente de trabalho		Ignorado		50 Fonte da informação			Ignorado					
	1 <input type="checkbox"/> Acidente	2 <input type="checkbox"/> Suicídio	3 <input type="checkbox"/> Homicídio	4 <input type="checkbox"/> Outros	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº	2 <input type="checkbox"/> Hospital	3 <input type="checkbox"/> Família	4 <input type="checkbox"/> Outra	9 <input type="checkbox"/>					
51 Descrição sumária do evento													Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência					
													1 <input type="checkbox"/> Via pública	2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência	3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio	4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial	5 <input type="checkbox"/> Outros	6 <input type="checkbox"/> Ignorada
52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA													Número	Bairro	Município	UF		
Logradouro (rua, praça, avenida, etc)																		

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

### PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL

*Informações de caráter estritamente epidemiológico*

**48 Tipo** – assinalar com um “X” a opção correspondente ao tipo de morte violenta ou circunstâncias em que se deu a morte não natural (1 – Acidente, 2 – Suicídio, 3 – Homicídio, 4 – Outros). Essa informação frequentemente é dada pelo médico-legista, ou obtida nos laudos do IML. Quando não for sabido o tipo, informar 9 – Ignorado.

**49 Acidente de trabalho** – assinalar com um “X” a opção correspondente à alternativa (1 – Sim, 2 – Não) quando o evento que desencadeou o óbito estiver relacionado ao processo de trabalho. Se o tipo não for conhecido, informar 9 – Ignorado.

- Variável habilitada apenas para óbitos por causa externas (acidentes e violências) relacionadas ao trabalho.

<sup>5</sup>Organização Mundial de Saúde (OMS) – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão – Edusp, 10ª edição revista, 2009.

**50 Fonte da informação** – fornece dados complementares para as mortes ocasionadas por causas externas. Assinalar com um “X” a opção correspondente à fonte de informação utilizada para o preenchimento dos campos anteriores, e registrar o número da ocorrência policial, se for o caso.

As categorias disponíveis são: 1 – Ocorrência policial (inserir o número da ocorrência), 2 – Hospital, 3 – Família, 4 – Outra. Quando o tipo não for conhecido, informar 9 – Ignorado.

**51 Descrição sumária do evento e tipo de local de ocorrência** – deverá ser feita uma descrição sucinta, sem perder a clareza, sobre as prováveis circunstâncias que motivaram as lesões observadas.

**Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência** – marcar com um “X” a quadrícula correspondente ao tipo do local de ocorrência do acidente ou violência (1 – Via pública, 2 – Endereço de residência, 3 – Outro domicílio, 4 – Estabelecimento comercial, 5 – Outros). Quando o tipo não for conhecido, informar 9 – Ignorado.

**52 Endereço do local do acidente ou da violência** – preencher com o nome do logradouro, número, bairro, município e UF onde ocorreu a violência ou o acidente que produziu a lesão fatal.





## Bloco VIII • Cartório

Destinado para obtenção dos dados referentes ao Cartório de Registro Civil onde foi efetuado o registro do óbito, bem como o número e a data do registro. Ele contém cinco variáveis e o preenchimento é de responsabilidade exclusiva do Oficial do Registro Civil (cartórios).

**FIGURA 18** Bloco VIII da Declaração de Óbito

VIII Cartório	53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data	
	56 Município				57 UF

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**53 Cartório** – o nome do cartório deve ser preenchido por extenso. Não precisa preencher o código.

**54 Registro** – anotar o número de registro que consta no livro apropriado para óbitos.

**55 Data** – anotar a data em que foi efetuado o registro, que deve ser igual à do Livro de Registro de Óbitos.

**56 Município** – preencher com o nome do município onde se localiza o Cartório de Registro Civil.

**57 UF** – preencher com a sigla da UF à qual pertence o município onde se localiza o Cartório de Registro Civil.



## Bloco IX • Localidade sem médico

Este bloco deverá ser preenchido mediante a presença de duas testemunhas, apenas no caso de óbito ocorrido em **localidade sem médico**. Nessa situação, o preenchimento ficará a cargo do Cartório de Registro Civil, segundo o prescrito na Lei do Registro Civil conforme citado abaixo:

“Art. 77 – Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento ou do lugar de residência do de cujus, quando o falecimento ocorrer em local diverso do seu domicílio, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte” (BRASIL, 1973).

**FIGURA 19** Bloco IX da Declaração de Óbito

<b>IX</b> Localid. Sem Médico	58 Declarante	59 Testemunhas
		A B

Versão 01/14 - 1ª impressão 07/2019

Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.

**58 Declarante** – preencher com o nome completo do declarante e com a assinatura deste. Geralmente, o declarante é o responsável pelo falecido.

**59 Testemunhas** – cada uma das testemunhas deverá assinar em uma das linhas, de acordo com o que prescreve o art. 77 da Lei dos Registros Públicos, sendo conveniente inserir o número de um documento de identidade (RG, CPF etc.).

# DECLARAÇÃO DE ÓBITO EPIDEMIOLÓGICA

A DO epidemiológica é o documento-padrão de uso sugerido em todo o território nacional para a coleta dos dados sobre o óbito identificado tardiamente pelo sistema de saúde e em circunstâncias em que não seja mais possível emitir uma DO oficial.

---

É importante pontuar que a DO epidemiológica não é um documento hábil para a lavratura da Certidão de Óbito pelo Cartório de Registro Civil, ou seja, não atende ao que é preceituado no art. 77 da Lei n.º 6.015/1973.

---

O uso da DO epidemiológica tem por objetivo permitir a contabilização de óbitos para produção de estatísticas vitais e fornecer um panorama mais fidedigno da cobertura da notificação de óbitos em todo o País.

O instrumento é impresso com sequência numérica e via única, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS (**Apêndice E**). O controle da numeração, bem como a emissão e a distribuição dos formulários para as SES, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, por meio da SVS.

A DO epidemiológica é semelhante à DO oficial, possuindo os mesmos blocos e variáveis. No entanto, enumeram-se algumas diferenças, de acordo com o descrito na Figura 20.

**FIGURA 20** Diferenças entre a Declaração de Óbito oficial e Declaração de Óbito epidemiológica



Fonte: Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas.



# REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei n.º 6.015, de 31 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1973. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6015compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6015compilada.htm). Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975.** Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6216.htm). Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº116, de 11 de fevereiro de 2009.** Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116\\_11\\_02\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html). Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria MTE nº 397, de 9 de outubro de 2002.** Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Brasília, DF: MTE, 2002. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. **Resolução CFM n.º 1.779, de 5 de dezembro de 2005.** Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Brasília, DF: CFM, 2005. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1779>. Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Resolução n.º 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 211, p. 179, 1 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.246, de 8 janeiro de 1988.** Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Revogada pela resolução CFM nº 1.931 de 17 set. 2009 que aprova o Novo Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 1574-1577, 26 jan. 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10. ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2009.

# BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n.º 306, de 7 de dezembro de 2004.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306\\_07\\_12\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html). Acesso em: 14 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **A Declaração de Óbito:** documento necessário e importante. Brasília, DF: MS, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

IBGE. **Censo Demográfico 2020:** manual do recenseador parte 2 CD-1.09.2. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: [https://censo2021.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/bfd69167fb62613effc2bae005e4666d.pdf](https://censo2021.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/bfd69167fb62613effc2bae005e4666d.pdf). Acesso em: 16 abr. 2021.

OLIVEIRA, M. Sobre a saúde da população negra brasileira. *In: PERSPECTIVAS em Saúde e Direitos Reprodutivos.* São Paulo: MacArthur Foundation, 2001. p. 8-12.

# APÊNDICES





# APÊNDICE A | MODELO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

**I** Identificação

**II** Residência

**III** Ocorrência

**IV** Fetal ou menor que 1 ano

**V** Condições e causas do óbito

**VI** Médico

**VII** Causas externas

**VIII** Cartório

**IX** Localidade

**I** Identificação

**II** Residência

**III** Ocorrência

**IV** Fetal ou menor que 1 ano

**V** Condições e causas do óbito

**VI** Médico

**VII** Causas externas

**VIII** Cartório

**IX** Localidade

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

**Declaração de Óbito**

---

1 Tipo de óbito: 1 Fetal, 2 Não Fetal

2 Data do óbito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ 3 Cartão SUS: \_\_\_\_\_ 4 Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Município / UF (se estrangeiro, informar País)

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 Meses de 1 ano Horas Minutos Ignorado  
M - Masc. F - Fem. Branco Parda Amarela  
1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado judicialmente 5 União estável 6 Ignorado

13 Escolaridade (última série concluída): \_\_\_\_\_ 14 Ocupação habitual: \_\_\_\_\_ Código CBO 2002: \_\_\_\_\_  
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  
1 Informar anterior, se aposentado / desempregado

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): \_\_\_\_\_ 16 CEP: \_\_\_\_\_

17 Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ 18 Município de residência: \_\_\_\_\_ 19 UF: \_\_\_\_\_

20 Local de ocorrência do óbito: \_\_\_\_\_ 21 Estabelecimento: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_  
1 Hospital 2 Outros estáb. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros 6 Indígena 7 Ignorado

22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc): \_\_\_\_\_ 23 CEP: \_\_\_\_\_

24 Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ 25 Município de ocorrência: \_\_\_\_\_ 26 UF: \_\_\_\_\_

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

27 Idade (anos): \_\_\_\_\_ 28 Escolaridade (última série concluída): \_\_\_\_\_ 29 Ocupação habitual: \_\_\_\_\_ Código CBO 2002: \_\_\_\_\_  
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  
1 Informar anterior, se aposentada / desempregada

30 Número de filhos tidos nascidos vivos: \_\_\_\_\_ 31 Nº de semanas de gestação: \_\_\_\_\_ 32 Tipo de gravidez: \_\_\_\_\_ 33 Tipo de parto: \_\_\_\_\_ 34 Morte em relação ao parto: \_\_\_\_\_  
1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 4 Ignorada  
1 Vaginal 2 Cesáreo  
1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado

35 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ 36 Número da Declaração de Nascimento Vivo: \_\_\_\_\_

**ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL**

37 A morte ocorreu: 1 Não gravidez 2 No parto 3 Não abortamento 4 Até 42 dias após o término da gestação 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 Não ocorreu nestes períodos

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

**DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:** 39 Necropsia? 1 Sim 2 Não 9 Ignorado

**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: \_\_\_\_\_

**CAUSAS DA MORTE**

**PARTE I**  
 Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte.

**CAUSAS ANTECEDENTES**  
 Estados morbidos, 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 "dentro" na cadeia acima.

40 CAUSAS DA MORTE: \_\_\_\_\_

41 Nome do Médico: \_\_\_\_\_ 42 CRM: \_\_\_\_\_ 43 Óbito atestado por Médico: 1 Assistente 2 SVO 3 Substituto 4 IML 5 Outro

44 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc): \_\_\_\_\_ 45 Data do atestado: \_\_\_\_\_ 46 Assinatura: \_\_\_\_\_

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

47 Tipo: 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros 5 Ignorado 48 Acidente do trabalho: 1 Sim 2 Não 9 Ignorado 49 Fonte de informação: 1 Contato pessoal 2 Hospital 3 Família 4 Outra 9 Ignorado

50 Descrição sumária do evento: \_\_\_\_\_

**TIPO DE LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA**

51 Via pública 2 Endereço de residência 3 Outro domicílio 4 Estabelecimento comercial 5 Outros 9 Ignorado

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc): \_\_\_\_\_ 53 Número: \_\_\_\_\_ 54 Bairro: \_\_\_\_\_ 55 Município: \_\_\_\_\_ 56 UF: \_\_\_\_\_

57 Cartório: \_\_\_\_\_ 58 Código: \_\_\_\_\_ 59 Registro: \_\_\_\_\_ 60 Data: \_\_\_\_\_

61 Município: \_\_\_\_\_ 62 UF: \_\_\_\_\_

63 Declarante: \_\_\_\_\_ 64 Testemunhas: \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

Versão 01/14 - 3ª impressão 11/2021

O formulário de Declaração de Óbito é composto por três vias autocopiativas, sendo cada uma de uma cor específica: branca, amarela e rosa.



## APÊNDICE B | PRINCIPAIS DEFINIÇÕES

**Abortamento:** é a expulsão ou a extração de um produto da concepção sem sinal de vida, com menos de 500 g, e/ou estatura menor ou igual a 25 cm, ou menos de 22 semanas de gestação.

**Aborto:** é o produto da concepção expulso no abortamento.

**Atestado médico de óbito:** espaço destinado à anotação das causas de morte. Está inserido no bloco V da Declaração de Óbito, é composto por duas partes (I e II) e segue o modelo internacional de atestado médico de causa de morte.

**Cartão Nacional de Saúde:** o Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse registro contém as informações dos indivíduos, como: dados pessoais (nome, nome da mãe, data de nascimento etc.), contatos (telefones, endereço, e-mails) e documentos (CPF, RG, certidões etc.). Atualmente, o número do CNS é utilizado nos sistemas informatizados de saúde que demandam identificação dos indivíduos, sejam usuários, operadores ou profissionais de saúde. Dessa forma, o CNS possibilita a criação do histórico de atendimento de cada cidadão no SUS, por meio do acesso às bases de dados dos sistemas de atenção básica, sistema hospitalar, sistema de dispensação de medicamentos (<https://datasus.saude.gov.br/cartao-nacional-de-saude/>).

**Causas de morte:** as causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

**Causa básica de morte:** a causa básica de morte é definida como: (a) a doença ou a lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou (b) as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu a lesão fatal.

**Certidão de óbito:** documento jurídico fornecido pelo Cartório de Registro Civil após o assentamento do óbito.

**Declaração de óbito:** é o nome do formulário oficial para coleta de dados sobre mortalidade no Brasil.

**Instituto Médico-Legal:** órgão oficial que realiza necropsias em casos de óbitos decorrentes de causas externas, visando à elucidação das causas que provocaram o evento.

**Morte materna:** definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela.

**Mortes obstétricas diretas:** aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, no parto e no puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

**Mortes obstétricas indiretas:** aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

**Morte materna declarada:** a morte materna é considerada declarada quando as informações registradas na DO permitem classificar o óbito como materno.

**Morte materna não declarada:** a morte materna é considerada não declarada quando as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno. Apenas com os dados obtidos na investigação é que se descobre tratar-se de morte materna.

**Morte materna presumível ou mascarada:** é aquela cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Ocorre quando se declara como fato ocasionador do óbito apenas a causa terminal das afecções ou a lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte. Dessa forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno.

**Morte materna tardia:** é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas com mais de 42 dias, mas menos de 1 ano após o término da gravidez.

**Nascimento vivo:** é a expulsão ou a extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições é considerado uma criança viva.

**Óbito:** é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação.

**Óbito fetal:** é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

**Óbito neonatal:** o período neonatal começa no nascimento (dia 0, ou inferior a 1 dia) e termina no 27º dia completo depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida, considerando o dia 0) podem ser subdivididas em **óbitos neonatais precoces**, que ocorrem durante os primeiros 7 dias de vida (**idade entre 0 e 6 dias**); e **óbitos neonatais tardios**, que ocorrem no 7º dia e terminam com 27 dias completos de vida (**idade entre 7 a 27 dias**).

**Óbito pós neonatal:** compreende os óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida até 1 ano incompleto (menor de 1 ano).

---

**Instrução para contagem da morte no período perinatal:** a idade à morte durante o 1º dia de vida (dia 0 ou idade inferior a 1 dia) deve ser registrada em unidades de minutos completos ou de horas completas de vida.

Para o 2º (dia 1 ou idade de 1 dia), 3º (dia 2 ou idade de 2 dias) e até 28 dias completos de vida, a idade ao morrer deve ser registrada em dias.

---

**Óbito hospitalar:** é a morte que ocorre em estabelecimento de saúde, após o registro do paciente, independentemente do tempo de internação.

**Óbito por causa externa:** é o que decorre de uma lesão provocada por acidente ou violência (agressão, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito.

**Óbito por causa natural:** é aquele cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido.

**Óbito sem assistência médica:** é o óbito que sobrevém em paciente que não teve assistência médica durante a doença ou evento que ocasionou a morte (variável 38 da DO).

**Serviço de Verificação de Óbito:** órgão oficial responsável pela realização de necropsias em pessoas que foram a óbito por causas naturais sem assistência médica ou sem doença definida.



## APÊNDICE C | FORMULÁRIO “PESSOA NÃO IDENTIFICADA”

### PESSOA NÃO IDENTIFICADA

Formulário

N.º DO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTATURA OU MEDIDA: \_\_\_\_\_

SINAIS APARENTES

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	


VESTUÁRIO OU QUALQUER OUTRA INDICAÇÃO QUE POSSA, NO FUTURO, AUXILIAR NO RECONHECIMENTO DO FALECIDO

1	
2	
3	
4	
5	
6	

**COR E IDADE PRESUMIDA:**

*O preenchimento deve ser realizado nos campos específicos da DO.*

# APÊNDICE D | DECLARAÇÃO DE ÓBITO EPIDEMIOLÓGICA



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

DNV Epidemiológica

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN

---

I

**1** Nome do Recém-nascido (RN)

**2** Data e hora do nascimento

**3** Sexo:  M - Masculino  I - Ignorado  F - Feminino

**4** Peso ao nascer (em gramas) **5** Índice de Apgar - 1º e 5º minutos **6** Comprimento **7** Perímetro cefálico (Em cm)

**8** Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las.  Sim  Não  Ignorado

**9** Raça / cor do Recém-nascido:  Branca  Amarela  Indígena  Preta  Parda

---

II

**10** Local da ocorrência:  Hospital  Domicílio  Aldeia indígena  Ignorado  Outros estab. saúde  Outros

**11** Estabelecimento (Código CNES)

**12** Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento **13** CEP

**14** Bairro/Distrito (Código) **15** Município de ocorrência (Código) **16** UF

**17** Nome **18** Cartão SUS

---

III

**19** Escolaridade (última série concluída):  Sem escolaridade  Fundamental I (1ª a 4ª série)  Fundamental II (5ª a 8ª série)  Médio (antigo 2º grau)  Superior incompleto  Superior completo

**20** Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) (Código CBO 2002)

**21** Data de nascimento **22** Idade (anos) **23** Naturalidade (Município / UF (se estrangeira(o) informar País))

**24** Situação conjugal:  Solteira (o)  Casada (o)  Viúva(o)  Separada (o) judicialmente  Divorçada (o)  União estável

**25** Raça / Cor:  Branca  Preta  Amarela  Parda  Indígena

**26** Residência: **27** Logradouro (Número Complemento) **28** CEP

**29** Bairro/Distrito (Código) **30** Município (Código) **31** UF

---

IV

**32** Nome **33** Idade

---

V

**34** Gestações anteriores

**35** Histórico gestacional:  Nº de gestações anteriores  Nº de partos vaginais  Nº de cesáreas  Nº de nascidos vivos  Nº de perdas fetais / abortos

**36** Gestação atual: **37** Idade Gestacional **38** Data da Última Menstruação (DUM) **39** Número de consultas de pré-natal **40** Mês de gestação em que iniciou o pré-natal **41** Tipo de gravidez:  Única  Dupla  Triplá ou mais  Ignorado

**42** Parto: **43** Apresentação:  Cefálica  Pélvica ou Podálica  Transversa  Ignorado

**44** O Trabalho de parto foi induzido?  Sim  Não  Ignorado

**45** Tipo de parto:  Vaginal  Cesáreo  Ignorado

**46** Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?  Sim  Não  Não se aplica  Ignorado

**47** Nascimento assistido por:  Médico  Enfermagem ou Obstetriz  Parteira  Outros  Ignorado

---

VI

**48** Anomalia congênita: **49** Descrever todas as anomalias congênitas observadas

---

VII

**50** Preenchimento: **51** Data do preenchimento **52** Nome do responsável pelo preenchimento **53** Função:  Médico  Enfermagem  Parteira  Func. Cartório  Outros (descrever)

**54** Tipo documento:  CNES  CRM  COREN  RG  CPF **55** Nº do documento **56** Órgão emissor

---

VIII

**57** Cartório (Código) **58** Registro **59** Data **60** Município **61** UF



## APÊNDICE E | RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS MAIS FREQUENTES

### 1. Óbito ocorrido em ambulância com médico. Quem deve fornecer a DO?

- ▶ A responsabilidade do médico que atua em serviço de transporte, remoção, emergência, quando ele mesmo realiza o primeiro atendimento ao paciente, equipara-se à do médico em ambiente hospitalar; portanto, se a pessoa vier a falecer, caberá ao médico da ambulância a emissão da DO, se a causa for natural e se existirem informações suficientes para tal. Se a causa for externa, chegando ao hospital, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico-Legal (IML).

### 2. Óbito ocorrido em ambulância sem médico é considerado sem assistência médica?

- ▶ Sim. O corpo deverá ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO), na ausência de sinais externos de violência, ou ao IML em casos de mortes violentas. A DO deverá ser emitida por qualquer médico em localidades onde não houver SVO, em caso de óbito por causa natural, sendo declarado na parte I – “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”.

### 3. Em caso de recém-nascido com menos de 500 g que morreu minutos após o nascimento, deve-se ou não emitir a DO? Considera-se óbito fetal?

- ▶ O conceito de nascido vivo depende, exclusivamente, da presença de sinal de vida, ainda que esta dure poucos instantes. Se a criança vier a falecer, a DO deverá ser fornecida pelo médico do hospital. Não se trata de óbito fetal, dado que houve vida extrauterina. O hospital deve providenciar também a emissão da Declaração de Nascido Vivo (DNV), para que a família possa realizar o registro civil do nascimento e do óbito.

### 4. Em caso de feto com 19 semanas gestacionais, deve-se emitir ou não a DO?

- ▶ O conceito internacionalmente aceito de óbito fetal engloba todas as mortes sem sinal de vida, independentemente da duração. Porém, no Brasil, para fins epidemiológicos, orienta-se a emissão da DO em casos de gestação com duração igual ou superior a 20 semanas, OU peso igual ou superior a 500 g, OU estatura inferior a 25 cm.

**NOTA:** na prática, a legislação vigente permite a emissão da DO nos casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção, independentemente dos critérios aqui apresentados.

#### **5. Em caso de óbito ocorrido em casa e sem assistência médica, quem fornece a DO?**

- ▶ O corpo deverá ser encaminhado ao SVO, na ausência de sinais externos de violência, ou ao IML em casos de mortes violentas. Em localidades sem SVO, o corpo deve ser levado ao hospital ou à unidade de saúde com médico mais próxima do local do óbito, sendo declarado na parte I – “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”.

#### **6. Gestante falece e não houve expulsão do feto, que permaneceu no útero. Quantas DOs devem ser emitidas?**

- ▶ Por não ter havido separação do feto do útero da mãe, apenas uma DO será emitida e será a da mulher gestante. Ratificamos a importância de preencher todas as variáveis do formulário, especialmente as que estão contidas no bloco V e que dizem respeito à morte de mulher em idade fértil.

#### **7. Gêmeos conjugados (ou xipófagos ou siameses) nasceram e morreram logo após o parto. Deve-se emitir apenas uma DO?**

- ▶ Não. Tratam-se de dois recém-nascidos, portanto serão emitidas duas DOs e duas DNVs, sendo uma para cada bebê.

#### **8. A Declaração de Óbito foi emitida por um médico do Programa Mais Médicos que não possui registro em Conselho Regional de Medicina (CRM). Como registrar o número desse profissional no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)?**

- ▶ No momento da digitação dos dados no SIM, basta o digitador não utilizar a tabela de CRM disponível no sistema. Assim, será possível anotar o número correspondente ao médico na variável CRM.





## APÊNDICE F | EXEMPLOS DE PREENCHIMENTO DE DECLARAÇÕES DE ÓBITO

### EXEMPLO 1

Mulher com 25 anos, apresentou dor em baixo ventre e hemorragia transvaginal. Três horas depois evoluiu para abortamento espontâneo, sendo submetida à curetagem, na 20ª semana de gestação, em ambulatório. No dia seguinte, apresentou um quadro séptico, permanecendo internada por 13 dias. Evoluiu para insuficiência renal, coma e óbito.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		
<input checked="" type="checkbox"/> 1) A morte ocorreu	<input type="checkbox"/> 2) Não gravidez	<input type="checkbox"/> 3) No abortamento	<input type="checkbox"/> 4) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	<input type="checkbox"/> 5) Ignorado	<input type="checkbox"/> 6) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	<input type="checkbox"/> 7) Necropsia?
<input type="checkbox"/> 2) No parto	<input type="checkbox"/> 4) Até 42 dias após o término da gestação	<input type="checkbox"/> 8) Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> 9	<input checked="" type="checkbox"/> 1) Sim	<input type="checkbox"/> 2) Não	<input type="checkbox"/> 9) Ignorado
<input checked="" type="checkbox"/> 4) CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	a	<i>Coma</i>	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	13 dias	CID	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b	<i>Insuficiência renal</i>	13 dias			
	c	<i>Septicemia</i>	24 horas			
	d	<i>Aborto espontâneo</i>				
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.						

## EXEMPLO 2

Mulher com 39 anos, 5 gestações anteriores, na 15ª semana de gestação, com história de pequenos sangramentos. Foi internada com diagnóstico ecográfico de mola hidatiforme e submetida a esvaziamento uterino por aspiração a vácuo e curetagem uterina, com retirada de grande quantidade de material com vesículas. Apresentou sangramento intenso. Ao ser encaminhada para histerectomia, houve choque hipovolêmico e evoluiu a óbito.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input checked="" type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 7 <input type="checkbox"/> Ignorado		38 <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 <input checked="" type="checkbox"/> Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>40 CAUSAS DA MORTE</b> <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. <b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	a	<b>Choque hipovolêmico</b> Devido ou como consequência de:		1 dia	
	b	<b>Atonia uterina</b> Devido ou como consequência de:		minutos	
	c	<b>Mola hidatiforme</b> Devido ou como consequência de:			
	d				

## EXEMPLO 3

Homem, 75 anos, cumprindo quarentena domiciliar após diagnóstico confirmado para covid-19 e com sintomas típicos da doença, sofreu queda por escorregão dentro do banheiro. Foi recolhido pelo serviço de resgate e encaminhado ao hospital, onde fez cirurgia em virtude de traumatismo cranioencefálico. Morreu após dois dias.

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
37 <input type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 7 <input type="checkbox"/> Ignorado		38 <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 <input checked="" type="checkbox"/> Necrópsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>40 CAUSAS DA MORTE</b> <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. <b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
	a	<b>Edema cerebral</b> Devido ou como consequência de:		1 dia	
	b	<b>Traumatismo cranioencefálico</b> Devido ou como consequência de:		2 dias	
	c	<b>Queda por escorregão em casa</b> Devido ou como consequência de:		2 dias	
	d				
	<b>Covid-19</b>			10 dias	

### EXEMPLO 4

Homem de 70 anos, obeso e portador de diabetes tipo II, iniciou quadro de tosse, febre, mialgia e desconforto respiratório progressivo, com necessidade de ventilação mecânica invasiva. Evoluiu à óbito devido à insuficiência respiratória aguda. Realizou RT-qPCR, que foi detectável para SARS-CoV-2.

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 Necropsia?	
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: <input type="checkbox"/> 9	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não
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	1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	42 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	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.			
	a	Síndrome respiratória aguda grave	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
b	Pneumonia viral				
c	Covid-19				
d					
	Obesidade				
	Diabetes mellitus				

### EXEMPLO 5

Homem de 59 anos, tabagista, portador de dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade, apresentou intensa dor em região precordial iniciada há 24 horas, com piora progressiva. Deu entrada no serviço de saúde e evoluiu a óbito poucas horas após, sem resposta a manobras de reanimação. Eletrocardiograma evidenciou fibrilação ventricular.

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 Necropsia?	
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: <input type="checkbox"/> 9	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input checked="" type="checkbox"/> Não
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	1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	42 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	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.			
	a	Fibrilação ventricular	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
b	Infarto agudo do miocárdio				
c	Aterosclerose coronariana				
d					
	Dislipidemia, hipertensão arterial				
	Obesidade				

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.  
**CLIQUE AQUI** e responda a pesquisa.



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[bvsm.s.saude.gov.br](http://bvsm.s.saude.gov.br)

**DISQUE**  
**SAÚDE 136**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**Governo**  
**Federal**