



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

Declaração de Óbito

34127807-6

SML 1930 - 1

REP 96490 122

Identificação

1 Tipo de óbito 1 ☐ Fetal 2 ☒ Não Fetal	2 Data do óbito 25/09/2022 01:14	Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Quarupuruçu
5 Nome do Falecido Gabriel Henrique Ferreira				
6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe maria apociana ferreira		
8 Data de nascimento 15/10/1997	9 Idade 24	10 Sexo M - Masc.	11 Raça/Cor 1 ☒ Branca 4 ☐ Parda 2 ☐ Preta 5 ☐ Indígena 3 ☐ Amarela	12 Situação conjugal 1 ☒ Solteiro 4 ☐ Separado judicialmente/divorciado 2 ☐ Casado 5 ☐ União estável 3 ☐ Viúvo 9 ☐ Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 3 ☐ Médio (antigo 2º grau) Ignorado 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) mecnico		

Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) R. Lino Tobias da Camargo	Número 350	Complemento Casa	16 CEP
17 Bairro/Distrito atuba	Código	18 Município de residência Cuitibó	Código
			19 UF PR

Ocorrência

20 Local de ocorrência do óbito 1 ☒ Hospital 3 ☐ Domicílio 5 ☐ Outros 2 ☐ Outros estab. saúde 4 ☐ Via pública 6 ☐ Aldeia indígena	21 Estabelecimento Hospital Cojuni	Código CNES	
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Avenida São José	Número 300	Complemento	23 CEP
24 Bairro/Distrito Cristo Rei	Código	25 Município de ocorrência Cuitibó	Código
			26 UF PR

Fetal ou menor que 1 ano

27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 3 ☐ Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 ☐ Superior incompleto 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 ☐ Superior completo		29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002	
30 Número de filhos vivos Nascidos vivos 1 Perdas fetais/abortos 1	31 Nº de semanas de gestação 1	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 Nascimento Vivo

Condições e causas do óbito

37 A morte ocorreu 1 ☐ Na gravidez 3 ☐ No abortamento 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 2 ☐ No parto 4 ☐ Até 42 dias após o término da gestação 8 ☐ Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado	39 Necrópsia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, não ocorrendo-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a Trauma toraco-abdominal b Acção contundente c d		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entram, porém, na cadeia acima.				

Médico

41 Nome do Médico Wendiane Alves Santana	42 CRM 20131	43 Óbito atestado por Médico 1 ☐ Assistente 4 ☐ SVO 2 ☐ Substituto 5 ☐ Outro 3 ☒ IML	44 Município e UF do SVO ou IML Cuitibó PR
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	46 Data do atestado 25/09/2022	47 Assinatura Dra. Leiliane J. de Almeida Medicina Intensiva CRM-PR 10131	

Causas externas

48 Tipo 1 ☐ Acidente 3 ☐ Homicídio 9 ☒ Ignorado 2 ☐ Suicídio 4 ☐ Outros		49 Acidente do trabalho 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	50 Fonte da informação 1 ☐ Ocorrência Policial Nº 2 ☒ Hospital 3 ☐ Família 4 ☐ Outra 9 ☐ Ignorada
51 Descrição sumária do evento		Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 ☐ Via pública 4 ☐ Estabelecimento comercial 2 ☐ Endereço de residência 5 ☐ Outros 3 ☐ Outro domicílio 9 ☐ Ignorada	

Cartório

52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		Número	Bairro	Município	UF
53 Cartório		Código	54 Registro	55 Data	
56 Município					57 UF