



1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito 2.5.10.812.0.22 10h:55		3 Cartão SUS		4 Naturalidade Araucária / PR	
5 Nome do Falecido Isaura Pereira da Silva				7 Nome da Mãe Antonia Maria de Jesus			
6 Nome do Pai		8 Data de nascimento 2.0.03.1.93.4.88		9 Idade Anos completos: 17 Meses: 0 Dias: 0 Horas: 0 Minutos: 0 Segundos: 0		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela		12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/avornado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada		13 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Lavradora	
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Nelson Pereira de Souza		16 CEP 42		17 Bairro/Distrito Fazenda Velha		18 Município de residência Araucária	
19 UF PR		20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Aldeia indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		21 Estabelecimento Unidade de Pronto Atendimento de Araucária		22 CEP 8.370.9195	
23 UF PR		24 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) R. Augusto Ribeiro dos Santos		25 Município de ocorrência Araucária		26 UF PR	
27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)		30 Código CBO 2002	
31 Nº de semanas de gestação		32 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
35 Número de filhos vivos		36 Nº de filhos abortados		37 Peso ao nascer		38 Número da Declaração de Nascimento Vivo	
39 ASSISTÊNCIA MÉDICA Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		40 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		41 CAUSAS DA MORTE PARTI I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a) Sepsitemia b) Pneumonia bacteriana c) Devido ou como consequência de: d) Acidente vascular Encefálico prévio PARTI II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.		42 CID	
43 Nome do Médico Eric Deon Weirich		44 CRM 44845		45 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> IML		46 Município e UF do SVO ou IML Araucária / PR	
47 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 3614-7930		48 Data do atestado 2.5.10.812.0.22		49 Assinatura ERICK DEON WEIRICH MÉDICO CRM-PR 44845		50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Ignorada	
51 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) Tipo: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado		52 Descrição sumária do evento		53 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada		54 UF	
55 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		56 Número		57 Bairro		58 Município	
59 Cartório		60 Registro		61 Data		62 UF	
63 Declarante		64 Testemunhas A B		65 UF		66 UF	