



I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 25/07/2023 08:02	3 Cartão SUS 02603241316542	4 Naturalidade São Luiz Gonzaga-RS Município / UF (se estrangeiro informar País)
	5 Nome do Falecido Sofia Lorentzen Ribeiro	6 Nome do Pai João Lorentzen	7 Nome da Mãe Amélia Lorentzen	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado
II Residência	8 Data de nascimento 17/05/1936	9 Idade 87	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo
	13 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)	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Aposentada (da lar)	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Colônia Olessa Pimare	16 CEP 81620000
III Ocorrência	17 Bairro/Distrito Vila Rural	18 Município de residência Guiz Marabá	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	21 Estabelecimento 0
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Colônia Olessa Pimare	23 CEP 84620000	24 Bairro/Distrito Vila Rural	25 Município de ocorrência Guiz Marabá
IV Fetal ou menor que 1 ano	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)	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado
	31 Nº de semanas de gestação 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	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
V Condições e causas do óbito	37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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, mencionando-se em último lugar a causa básica.
	41 Nome do Médico Lázaro Daniel de A. Pacheco	42 CRM PR 41257	43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input checked="" type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML CID R96
VI Médico	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) (42) 3554 1299	46 Data do atestado 25/07/2023	47 Assinatura Lázaro Daniel de A. Pacheco	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio
	49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	50 Fonte da Informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)
VII Causas externas	53 Cartório	54 Registro	55 Data	56 Município
	57 UF	58 Declarante	59 Testemunhas A B	

DR. LAZARO DANIEL PACHECO
Médico
CRM PR 41257