



## Aspectos Éticos e Legais

### Irapuan Barros

- Conselheiro do CREMAL - *CRM-AL 4292*
- Perito Médico Federal – *SIAPÉ 1502290*
- Especialista em Medicina do Trabalho – *RQE nº 3333*
- Especialista em Clínica Médica – *RQE 2331*



Declaração de Óbito

**I Cartório**

1) Cartório Código 2) Registro 3) Data

4) Município 5) UF 6) Camélio

7) Tipo de Óbito 8) Óbito Data Hora 9) RIC 10) Naturalidade

11) Nome do falecido

12) Nome do pai 13) Nome da mãe

**II Identificação**

14) Data de nascimento 15) Idade Anos completos Meses 1 Dia 16) Sexo M. Masc. F. Fem. 17) Raça/cor 18) Estado civil 19) Escolaridade 20) Ocupação habitual e ramo de atividade

21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) Código Número Complemento 22) CEP

23) Bairro/Distrito Código 24) Município de residência Código 25) UF

26) Local de ocorrência do óbito 27) Estabelecimento Código

28) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, val) Número Complemento 29) CEP

30) Bairro/Distrito Código 31) Município de ocorrência Código 32) UF

**III Residência**

**IV Ocorrência**

**V Fetal ou menor que 1 ano**

**VI Condições e causas do óbito**

**VII Médico**

**VIII Causas externas**

**IX Localidade**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

MATRÍCULA  
9999999999 9999 9 9999 999 99999999 99

SEXO COBR. PROFISSÃO ESTADO CIVIL E IDADE

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) DIA MÊS ANO

DOMICÍLIO / RESIDÊNCIA

NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR

FILIAÇÃO, PROFISSÃO E RESIDÊNCIA

DATA E HORA DE FALECIMENTO DIA MÊS ANO

LOCAL DE FALECIMENTO

CAUSA DA MORTE

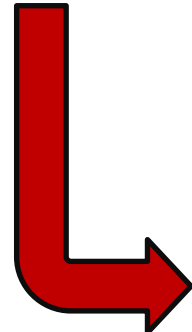
SEPULTAMENTO CARTÓRIO DE CASAMENTO

NOME DO CONJUGE DECLARANTE

FILHOS (NOME E IDADE)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

NOME DO CÍRCULO OFICIAL REGISTRADOR MUNICÍPIO/UF ENDEREÇO



**XAVIER DE MATOS**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL XAVIER DE MATOS

**GUIA DE SEPULTAMENTO**

Informamos que aos vinte e cinco dias do mês de julho do ano de dois mil e vinte, (28/07/2020), foi registrado o óbito de **ERASMO BENEDITO DA SILVA**, falecido(a) aos vinte e oito de julho de dois mil e vinte, 28/07/2020, às 00:01 Horas, em Curitiba/MT, assinado pelo(a) Dr(a) **CAMILA PEREIRA MUNIZ**, CRM/MT 8412, dando como causa da morte **INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA, COVID-19, DOENÇA RENAL CRÔNICA, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**, lavrado no Livro 81-C, Folhas 15, Termo 24605.

Será sepultado(a) no Cemitério de Poconé - MT.  
Dist. Cuiabá da Ponte, Cuiabá/MT, 28 de julho de 2020.

Assinatura do Oficial Registrador

Atestado de Óbito

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

# Qual a importância do correto preenchimento da Declaração de Óbito?

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

**Declaração de Óbito**

I. Identificação do Óbito

II. Identificação do Declarante

III. Identificação do Defunto

IV. Identificação do Local de Morte

V. Identificação do Médico

VI. Identificação do Local de Enterramento

VII. Observações

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Epidemiológica /  
Estatística

Jurídicas Cíveis: Sucessão, Patrimoniais,  
Securitárias, Tributárias.

Jurídicas Penais e  
Administrativas

Proteção ao Erário

# Lei nº 6.015/1973

***“Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, 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.*”**

## Código de Ética Médica

***É VEDADO:*** Art. 83. 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, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

# Resolução CFM 1.779/2005

- A Declaração de Óbito pode ser emitida por QUALQUER MÉDICO que examinou o corpo/cadáver e constatou a ausência de sinais vitais, exceto as mortes por causas externas (**art. 1º**).
- No entanto, na busca de sempre haver um diagnóstico da causa de morte mais preciso possível, existe uma ordem preferencial entre os médicos (**art. 2º**):
  1. Médico ASSISTENTE (*morte de causa natural*).
  2. Médico SUBSTITUTO/PLANTONISTA (*morte de causa natural*).
  3. Médicos da INSTITUIÇÃO – OUTROS (*morte de causa natural*).
  4. Médico do SVO (*morte de causa natural, sem diagnóstico definido*).
  5. Médico do IML (*morte de causa suspeita ou causa externa de morte*).

# Portaria MS n° 116/2009

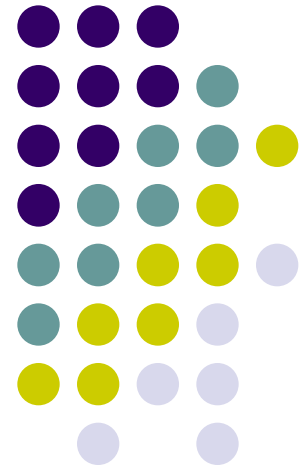
A D.O. será emitida pelo médico que prestava assistência ao paciente e, em caso de ausência ou impedimento, pelo médico substituto, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

(art. 17 e 19 da Portaria MS n.º 116/2009).

**-Paciente morre numa 6<sup>a</sup>-feira à noite.**

**-Sepultado no sábado à tarde.**

**-Na 2<sup>a</sup>-feira → médico do posto de saúde preenche a Declaração de óbito ????**





**NÃO**

**NÃO**

**NÃO**

-Paciente morre numa 6<sup>a</sup>-feira à noite.

-Sepultado no sábado à tarde.

-Na 2<sup>a</sup>-feira → médico do posto de saúde preenche a Declaração de óbito???

**NÃO**

**NÃO**

**NÃO**



**Como  
agir?**

**1º → Nenhum cemitério pode aceitar sepultar alguém sem a certidão de óbito/guia de sepultamento.**



**2º → O médico, para preencher a Declaração de Óbito, tem de examinar o cadáver.**



## 3º → Conferir se documentos pertencem ao cadáver.



## 4º → Verificar sinais indicativos/suspeitos de morte violenta.



**5º → Preencha pessoalmente TODOS os itens da Declaração de Óbito.**



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

### Declaração de Óbito

**I Cadastro**

1) Código 2) Registro 3) Data

4) Município 5) UF 6) Comarca

7) Tipo de Óbito 8) Código 9) AC 10) Naturalidade

11) Nome do Fallecido

**II Identificação**

12) Nome do pai 13) Nome da mãe

14) Data de nascimento 15) Idade

16) Sexo 17) Regime

18) Estado civil 19) Escolaridade 20) Ocupação habitual e ramo de atividade

21) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) 22) Código 23) Número 24) Complemento 25) CEP

26) Bairro/Distrito 27) Município de residência 28) UF

**III Residência**

29) Local de ocorrência do óbito 30) Estabelecimento

31) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida etc.) 32) Número 33) Complemento 34) CEP

35) Bairro/Distrito 36) Município de ocorrência 37) UF

**IV Ocorrência**

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO**

38) Idade 39) Escolaridade 40) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe 41) Número de filhas vivas

42) Duração da gestação 43) Tipo de Gravidez 44) Tipo de parto 45) Morte em relação ao parto

46) Peso ao nascer 47) Nome da Doctra. de Nascidos Vivos

**ÓBITOS EM MULHERES**

48) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? 49) A morte ocorreu durante o puerpério? 50) ASSISTÊNCIA MÉDICA

51) Exame complementar? 52) Cirurgia? 53) Neoplasia? 54) Assistência médica

**CAUSAS DA MORTE**

55) Causa da morte 56) Diagnóstico complementar

**PARTE I**

57) Nome do médico 58) CRM 59) O médico que assinou atendeu ao falecido?

**PARTE II**

60) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 61) Data do atestado 62) Assinatura

**PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL**

63) Tipo 64) Acidente de trânsito 65) Fonte de informação

66) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

67) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência

68) Declaração por via pública, autor ou interdito

69) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) 70) Código

**IX**

71) Declarante 72) Testemunhas

73) Assinatura

**5º → Preencha pessoalmente TODOS os itens da Declaração de Óbito.**



Melhor “perder” 10 minutos hoje



Do que perder sua paz pelos próximos 10 anos

**6º → Tenha especial cuidado nas informações sobre as CAUSAS de MORTE. Evite os “*Garbage Codes – Códigos de Lixo*”.**



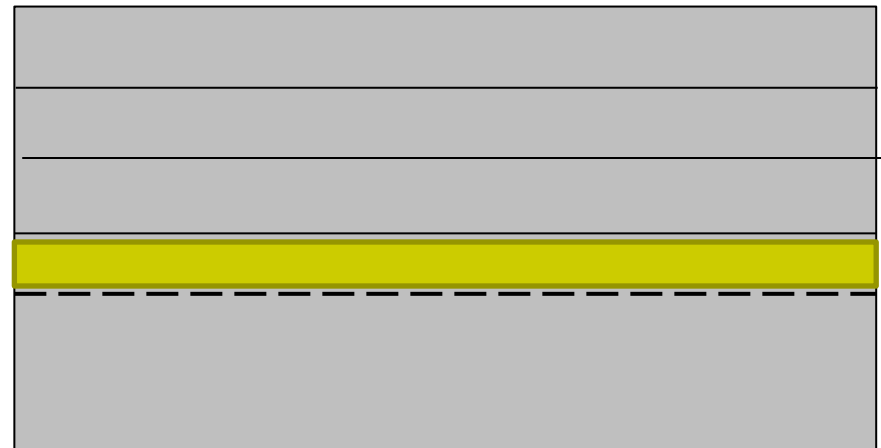
## **Códigos que não devem ser usados como CAUSAS imediatas de MORTE.**

*(Garbage Codes – Códigos de Lixo)*

- Parada Cardíaca ou Parada Cardiorrespiratória.
- Falência de Múltiplos Órgãos.
- Infarto (*sem especificações*).
- Insuficiência Respiratória.
- Senilidade.
- Desidratação.
- Hemorragia (*sem especificações*).
- Neoplasia (*sem especificações*).
- Causa não-definida / indeterminada / desconhecida.

## CASO CLÍNICO - 1

- Paciente Hipertenso e Tabagista de longa data
- Diagnosticado com neoplasia pulmonar
- Fez quimio e radioterapia
- Evoluiu com septicemia
- Teve choque séptico
- Óbito



## CASO CLÍNICO - 1

- Paciente Hipertenso e Tabagista de longa data
- Diagnosticado com neoplasia pulmonar
- Fez quimio e radioterapia
- Evoluiu com septicemia
- Teve choque séptico
- Óbito

Choque Séptico

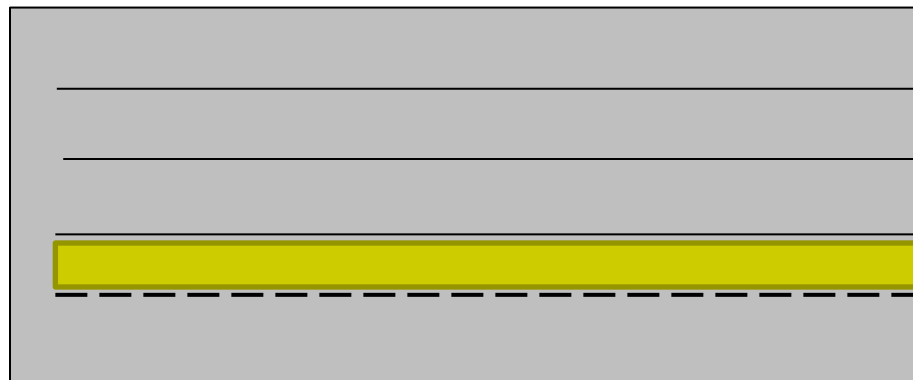
Septicemia pós quimioterapia

Neoplasia maligna pulmonar

Hipertensão Arterial Sistêmica  
Tabagismo

## **CASO CLÍNICO - 2**

- Criança com baixo peso, desnutrida
- Internada há 2 dias com Pneumonia Bacteriana
- Evoluiu com importante insuficiência respiratória
- Choque séptico.
- Óbito



## CASO CLÍNICO - 2

- Criança com baixo peso, desnutrida
- Internada há 2 dias com Pneumonia Bacteriana
- Evoluiu com importante insuficiência respiratória
- Choque séptico.
- Óbito

Choque Séptico

Pneumonia Bacteriana Comunitária

Desnutrição infantil



## CASO CLÍNICO - 3

- Idoso hipertenso e diabético
- Quadro de cefaleia, tosse, febre, odinofagia.
- Evoluiu com importante insuficiência respiratória
- Fez RT-PCR p/ COVID-19 (ainda sem o resultado)
- Entubado em UTI
- Arritmia Cardíaca
- Tromboembolismo pulmonar
- Óbito

|                                |
|--------------------------------|
| Tromboembolismo Pulmonar       |
| Arritmia Cardíaca              |
| Síndrome Resp. Aguda Grave     |
| Suspeita de COVID-19           |
| Hipertensão Arterial Sistêmica |
| Diabete Melito                 |

## CASO CLÍNICO - 4

- Vítima de atropelamento, com fratura de quadril há 6 meses.
- Tratada cirurgicamente há 6 meses.
- Internação de longa permanência, com imobilização.
- Evoluiu com escaras e pneumonia.
- Recebeu alta há 2 meses.
- Há 7 dias teve embolia pulm.
- Insuficiência Respiratória.
- Óbito.

Tromboembolismo Pulmonar

Múltiplas Fraturas Ósseas

Politraumatismo

Restrição de Mobilidade

## CASO CLÍNICO - 4

- Vítima de acidente com fração há 6 meses.
- Tratada com sucesso há 6 meses.
- Internação com insuficiência respiratória, com imobilização.
- Evoluiu com escaras e pneumonia.
- Recebeu alta há 2 meses.
- Há 7 dias teve embolia pulm.
- Insuficiência Respiratória.
- Óbito.

**NÃO**



## CASO CLÍNICO - 5

- Paciente 23 anos, tentou suicídio com ingestão de analgésico opioide em grande quantidade.
- Atendida na Urgência + lavagem gástrica + Naloxona.
- Apresentou depressão respiratória e uma parada cardiorrespiratória revertida, ficando em estado comatoso.
- Após 2 meses de VM, evoluiu c/ quadro infeccioso pulmonar.
- Óbito.

Pneumonia Hospitalar Bacter.

Coma

Insuficiência Respiratória Aguda

Overdose de opioides

Tentativa de Suicídio

## CASO CLÍNICO - 5

- Paciente com histórico de suicídio e uso de analgésicos em grande quantidade.
- Atendida com lavagem gástrica + Naloxona.
- Apresentou insuficiência respiratória e uma parada cardiorrespiratória revertida, ficando em estado comatoso.
- Após 2 meses de VM, evoluiu com quadro infeccioso pulmonar.
- Óbito.

**NÃO**





# DECLARAÇÃO DE ÓBITO

## MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Brasília DF 2022



### 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_obito\\_manual\\_preenchimento.pdf](http://bvsms.saude.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)

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

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/declaracao-de-obito-manual-de-instrucoes-para-preenchimento.pdf/view>

## O que significa “Assistência Médica” na D.O.

### 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.

### **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”.

(Manual MS – 2022, p. 62)

# PERGUNTA 1

Quais situações se deve encaminhar para IML ou SVO?

## Portaria Conjunta SESAU/SSP-AL n° 01/2015

(Fluxo do Cadáver no âmbito do Estado de Alagoas)

OBITO EM HOSPITAL/UNIDADE DE SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO

**-COM diagnostico**, independentemente do tempo de admissão, o médico assistente, ou plantonista, ou diretor, emite a DO.

**-SEM diagnostico**, independentemente do tempo de admissão, encaminhar o cadáver para SVO (morte natural) ou acionar delegacia para enviar ao IML (morte suspeita ou violenta).

- **Em caso de Pessoas NÃO IDENTIFICADAS**, acionar a delegacia para enviar ao IML que, após a identificação será definido se a DO será de competência do SVO ou do próprio IML.

## **PERGUNTA 2**

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

## **PERGUNTA 3**

**Óbito ocorrido em ambulância sem médico é considerado sem assistência médica?**

**É possível preencher DO com a causa de morte sendo “sem assistência médica – causa desconhecida”?**



## 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”.

## **PERGUNTA 4**

**Em caso de óbito fetal, muitos preenchem como “RN de FULANA DE TAL” ou então “NATIMORTO”: estes termos estão corretos?**

**Quais as particularidades em relação ao óbito fetal no momento de preencher a DO?**

- Art. 9º Cabe aos serviços de saúde públicos e privados, independentemente de sua forma, organização jurídica e gestão, a adoção das seguintes iniciativas em casos de perda gestacional, de óbito fetal e de óbito neonatal:

**XI – expedir declaração com a data e o local do parto, o nome escolhido pelos pais para o natimorto e, se possível, o registro de sua impressão plantar e digital. (Lei nº 15.139/2025).**

- Se o nascituro apresentar qualquer sinal vital extrauterina, mesmo que por segundos, não se tratará de óbito fetal, mas sim de nascido-vivo com óbito subsequente. Deverá ser emitida a D.N.V. e depois a D.O.

(Lei n.º 6.015/1973, artigo 77, parágrafo 1º)

(Manual MS – 2022, p. 15 e p. 61)

(Portaria MS nº 116/2009, Art. 19, inciso IV).

- Gestante que falece e não houve a expulsão do feto, que permaneceu no útero: nesse caso só se emite a D.O. da gestante.

(Manual MS – 2022, p. 62).

# Bloco V

|   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|---|---|--|--|---|--|--|---|--|--|--|
| <b>V</b><br>Condições e causas do óbito | <b>OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>  |  |  | <b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>   |  |  | <b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>  |  |  |  |
|   | <b>37 A morte ocorreu</b><br>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"/><br>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 <input type="checkbox"/> |  |  | <b>38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</b><br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |  |  | <b>39 Necrópsia?</b><br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |  |  |  |
|   | <b>40 CAUSAS DA MORTE</b><br><b>PARTE I</b><br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.   |  |  | <b>41 MORTUA CAUSA DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>  |  |  |   |  |  |  |
|   | <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b><br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.   |  |  | a   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  | Devido ou como consequência de:   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  | b   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  | Devido ou como consequência de:   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  | c   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  | Devido ou como consequência de:   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  | d   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|   | <b>PARTE II</b><br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |
|   |   |  |  |   |  |  |   |  |  |  |

O termo “Mulheres em Idade Fértil” (MIF), no Brasil, corresponde à faixa etária de **10 a 49 anos**. (IBGE)

# Bloco V

|   |  |  |   |   |  |  |   |  |  |   |  |     |  |
|---|--|--|---|---|--|--|---|--|--|---|--|-----|--|
| <b>V</b><br>Condições e causas do óbito   | <b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>   |  |   | <b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>   |  |  | <b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>  |  |  |   |  |     |  |
|   | <b>37 A morte ocorreu</b><br>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<br>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 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 |  |   | <b>38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</b><br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |  |  | <b>39 Necrópsia?</b><br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado |  |  |   |  |     |  |
|   | <b>40 CAUSAS DA MORTE</b><br><b>PARTE I</b><br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.  |  |   | <b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>   |  |  |   |  |  | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte |  | CID |  |
|   | <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b><br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.  |  |   | <b>a</b><br>Devido ou como consequência de:   |  |  |   |  |  |   |  |     |  |
|   |  |  | <b>b</b><br>Devido ou como consequência de: |   |  |  |   |  |  |   |  |     |  |
|   |  |  | <b>c</b><br>Devido ou como consequência de: |   |  |  |   |  |  |   |  |     |  |
|   |  |  | <b>d</b><br>Devido ou como consequência de: |   |  |  |   |  |  |   |  |     |  |
| <b>PARTE II</b><br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. |  |  |   |   |  |  |   |  |  |   |  |     |  |

No campo de “CID”, preferencialmente eles não devem ser preenchidos, pois essa atividade será feita pelos profissionais codificadores de causas de morte que atuam no SIM ([Manual MS – 2022, p. 42](#)).

# Bloco VI

|              |   |                     |                              |  |  |
|--------------|---|---------------------|------------------------------|--|--|
| VI<br>Médico | 41 Nome do Médico                               | 42 CRM              | 43 Óbito atestado por Médico | 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<br>2 <input type="checkbox"/> Substituto<br>3 <input type="checkbox"/> IML | 4 <input type="checkbox"/> SVO<br>5 <input type="checkbox"/> Outro |

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 – ou os casos que não estão enquadrados nas categorias anteriores. (Manual MS – 2022, p. 43).



# Outras Particularidades

# Bloco VI

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

### Casos de CREMAÇÃO:

**Lei n.º 6.015/1973, Artigo 77, Parágrafo 2º:** “A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária. (Incluído pela Lei nº 6.216, de 1975)”.

# CARIMBO MÉDICO

- A aposição do carimbo médico é fortemente recomendada (Manual do MS – 2002, p. 44), mas não é obrigatória se houver a devida (e legível) identificação do médico (Parecer CFM nº 40/2019).

## **MORTE ENCEFÁLICA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS**

### **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.173/2017**

(Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica).

Art. 9º Os médicos que determinaram o diagnóstico de M.E. ou médicos assistentes ou seus substitutos deverão preencher a **DECLARAÇÃO DE ÓBITO** definindo como data e hora da morte aquela que corresponde ao momento da conclusão do último procedimento para determinação da ME.

Parágrafo Único. Nos casos de morte por causas externas a **DECLARAÇÃO DE ÓBITO** será de responsabilidade do médico legista, que deverá receber o relatório de encaminhamento médico e uma cópia do **TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA**.

---

## **ÓBITO EM PACIENTES DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR “HOME-CARE”**

### **RESOLUÇÃO CFM nº 1.668/2003**

**(Óbito em pacientes de Internação em regime Domiciliar)**

**Art. 9º - Em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração.**

# **ÓBITO DECORRENTE DE ATUAÇÃO EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS NÃO-MÉDICOS**

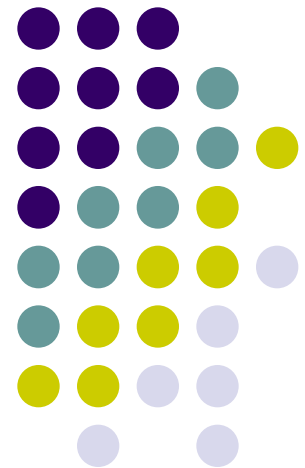
## **RESOLUÇÃO CFM nº 1.641/2002**

**(Óbito decorrente da ação de profissionais não-médicos)**

“É vedado aos médicos conceder declaração de óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não-médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da causa mortis”.



# Investigação de Óbito de Causas Mal Definidas



**Irapuan Barros**

- Conselheiro do CREMAL - *CRM-AL 4292*
- Perito Médico Federal – *SIAPE 1502290*
- Especialista em Medicina do Trabalho – *RQE n° 3333*
- Especialista em Clínica Médica – *RQE 2331*

**30/04/2026**

Manual para Investigação do

# Óbito com Causa Mal Definida



# Definição

Óbito com causa mal definida ou causa ignorada é aquele em que as causas de morte não foram corretamente registradas na Declaração de Óbito (DO) **porque o falecido não recebeu nenhum tipo de assistência médica, ou por incapacidade do médico atestante em diagnosticar ou registrar, adequadamente, a causa do óbito.**

# Objetivos

- ❑ **Direcionar** os profissionais que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde e unidades/serviços de saúde de residência no intuito cumprir os indicadores pactuados e contribuir para maior disponibilidade de informações a partir da investigação e qualificação dos Sistemas de Informação.
- ❑ **Cerca de 30 a 47%** dos óbitos na Região Nordeste são registrados com causas mal definidas.

## **Principais causas imediatas de MORTE consideradas como Causas Mal Definidas. (*Garbage Codes – Códigos de Lixo*)**

- Parada Cardíaca ou Parada Cardiorrespiratória.
- Falência de Múltiplos Órgãos.
- Infarto (*sem especificações*).
- Insuficiência Respiratória.
- Senilidade.
- Desidratação.
- Hemorragia (*sem especificações*).
- Neoplasia (*sem especificações*).
- Causa não-definida / indeterminada / desconhecida.

# **Passos da Investigação**

- **Busca ativa de óbitos com causas mal definidas.**
- **Conclusão no prazo de até 120 dias, a partir da data do óbito.**
- **Meta de, no mínimo, investigar 20% desses óbitos.**
- **Envolver a equipe da atenção primária responsável pela área de abrangência do local de residência da família.**
- **Uso de Instrumentos de Investigação (IOCMD , AUTOPSIA VERBAL e FICHAS de ENTREVISTAS).**
- **QUALIFICAR o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) local com as informações referentes aos campos investigados.**

Vigilância do Óbito - COVIVO - x +

svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/

gouvbr

COMUNICA BR ACESSO À INFORMAÇÃO PARTICIPE LEGISLAÇÃO ÓRGÃOS DO GOVERNO

Ir para o conteúdo 1 Ir para o menu 2 Ir para a busca 3 Ir para o rodapé 4

ACESSIBILIDADE ALTO CONTRASTE MAPA DO SITE

Departamento de

# Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE

Contato

DAENT / CGIAE / COVIVO / Vigilância do Óbito

Portal da Saúde

DATASUS

CGDNT

Apresentação

PENSE

PNS

VIGITEL

**CGIAE**

CC.BR.FIC QMS

COESV

**COVIVO**

Apresentação

**Vigilância do Óbito**

## Vigilância do Óbito

### Apresentação

Apresentação da Vigilância do Óbito da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS).

### Mortalidade Infantil e Fetal

Fichas de investigação da mortalidade infantil e fetal da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS).

### Mortalidade Materna

Fichas de investigação da mortalidade materna da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS).

### Documentação

Documentação da Vigilância do Óbito da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS).

### Causas Mal Definidas e Inespecíficas

Fichas de investigação da mortalidade por causas mal definidas e inespecíficas da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS).

### Serviço de verificação de óbito

Informações sobre o serviço de verificação de óbito da Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE) do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVSA/MS).

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

IOCMD

## Ficha de Investigação de Óbito com Causa Mal Definida

Nº do Caso

\_\_\_\_

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Município _____  |                              | UF _____                     |
| <b>INFORMAÇÕES DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO</b>  |                              |                              |
| 1 Nº da Declaração de Óbito  | 2 Causa Básica               | ____                         |
| 3 Nome do(a) Falecido(a)   |                              |                              |
| 4 Nome da mãe  |                              |                              |
| 5 Data de nascimento   | 6 Data do óbito              | ____                         |
| Anexar cópia da Declaração de Óbito. Se necessário, completar os dados faltantes nessa cópia da DO durante a investigação. |                              |                              |
| <b>INVESTIGAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>  |                              |                              |
| 7 Nome da Unidade Básica (USF)   | 8 Nº do Prontuário           |                              |
| 9 A pessoa falecida morou quanto tempo neste domicílio?  |                              |                              |
| 10 A pessoa falecida era cadastrada nesta USF?   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 11 Quais as patologias que motivavam os atendimentos?  |                              |                              |
| ____   |                              |                              |
| 12 Qual a data da última consulta?   | ____                         |                              |
| 13 Qual o motivo da última consulta?   |                              |                              |

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/causas-mal-definidas/IOCMD-ficha-investigacao-obito-causa-mal-definida.pdf>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 1

AV1

**Autópsia verbal**

Criança menor de um ano

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

### Complemento da entrevista domiciliar

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da criança falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência da Ficha de Investigação do óbito infantil, isto é, logo após aos relatos espontâneos sobre a doença ou situação que levou à morte. (Questão 77 da Ficha de Investigação do Óbito Infantil – Entrevista domiciliar)

Nº do Caso

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/mortalidade-infantil-fetal/AV1-ficha-investigacao-obito-infantil-complemento-entrevista-domiciliar.pdf>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 2

AV2

**Autópsia verbal**

Criança com um ano de idade ou mais e menos de 10 anos de idade

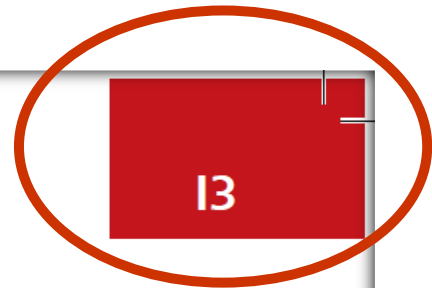
IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

1 Nome do(a) falecido(a)

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/causas-mal-definidas/AV2-ficha-investigacao-obito-infantil-complemento-entrevista-domiciliar.pdf>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde



Nº do Caso

\_\_\_\_

## Ficha de Investigação de Óbito Infantil

### Entrevista domiciliar

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 1  | Nome da Criança  |   |  |
| 2  | Nome da mãe  |   |  |
| 3  | Nº da Declaração de Óbito  | 4   | Data do óbito  |
| 5  | Nº da Declaração de Nascido Vivo   | 6   | Data de Nascimento   |
| 7  | Sexo   | 8   | Peso ao Nascer   |
|    | <input type="checkbox"/> Masculino   |   | <input type="checkbox"/> Ignorado                                    |
|    | <input type="checkbox"/> Feminino  |   | <input type="checkbox"/> gramas                                      |
| 9  | Idade ao óbito   |   | Ignorado   |
|    | <input type="checkbox"/> meses   | <input type="checkbox"/> dias   | <input type="checkbox"/> horas                                       |
|    | <input type="checkbox"/> minutos   |   |  |
| 10 | Nº do Cartão SUS   | 11  | Equipe / PACS / PSF  |
|    |  |   | <input type="checkbox"/> sem cobertura                               |
| 12 | Centro de Saúde / UBS  | 13  | Distrito Sanitário / Administrativo                                  |
| 14 | Endereço de residência da família: (Rua/Praça/Av)  |   | Nº _____ Compl _____   |
|    | Bairro _____   | Distrito / Povoado _____  | Local <input type="checkbox"/> urbano <input type="checkbox"/> rural |
| 15 | Município de residência  |   | UF _____   |
| 16 | Esta entrevista deve ser complementada com a Autópsia Verbal Formulário 1: criança menor de um ano (AV1) se um dos itens abaixo estiver assinalado |   |  |
|    | <input type="checkbox"/>   | o óbito não foi notificado ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e não tem Declaração de Óbito (DO) |  |
|    | <input type="checkbox"/>   | a DO foi emitida no cartório, sem médico  |  |



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 3

AV3

**Autópsia Verbal**

Pessoa com 10 anos ou mais

## Ficha de Investigação de Óbito

Causa mal definida

Esta ficha não deve ser aplicada para o caso de investigação de óbito materno, isto é, quando as Questões 14 e/ou 15 da Ficha MIF - Investigação de óbito de mulher em idade fértil - identificação de possível óbito materno estiverem assinaladas positivamente: a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Para esses casos deve-se utilizar o material preconizado para investigação de morte materna com causa mal definida.

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/causas-mal-definidas/AV3-ficha-investigacao-obito-causa-mal-definida.pdf>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 3.1

AV3.1

**Autópsia Verbal**

Pessoa com 10 anos e mais -  
mulher em idade fértil

## Ficha de Investigação de Óbito Materno

Complemento da entrevista domiciliar

Este complemento deve ser aplicado ao(a) cuidador(a) da falecida, a pessoa que acompanhou a doença ou situação que levou à morte. Trata-se de uma sequência natural da Questão 51 da Ficha de Investigação do Óbito Materno - Entrevista domiciliar (M3) se uma das alternativas da Questão 12 da Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil - Identificação de possível óbito materno (MIF) estiver assinalada (causa mal definida) e se a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte.

Nº do Caso

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/covivo/vigilancia-obito/mortalidade-materna/AV3-1-ficha-investigacao-obito-materno-complemento-entrevista-domiciliar.pdf>



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

Formulário 3

AV3

## Autópsia Verbal

Pessoa com 10 anos ou mais

# Ficha de Investigação de Óbito

## Causa mal definida

Esta ficha não deve ser aplicada para o caso de investigação de óbito materno, isto é, quando as Questões 14 e/ou 15 da Ficha MIF - Investigação de óbito de mulher em idade fértil - identificação de possível óbito materno estiverem assinaladas positivamente: a mulher estava grávida no momento do óbito ou esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte. Para esses casos deve-se utilizar o material preconizado para investigação de morte materna com causa mal definida.

|                     |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|---------------------|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1                   | Nome do(a) falecido(a)                            |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 2                   | Nome da mãe                                       |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 3                   | Data de nascimento                                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 4                    | Data do óbito        | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5                   | Idade   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | anos completos       |                      | 6                    | Sexo                 | <input type="text"/> | Masc                 | <input type="text"/> | Fem                  | <input type="text"/> |                      |                      |                      |
| 7                   | A Declaração de Óbito (DO) foi emitida?           | <input type="text"/> | sim                  | Nº DO                | <input type="text"/> | <input type="text"/> | não                  | <input type="text"/> | não sabe             | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |
| 8                   | Possui Certidão de Óbito (emitida pelo cartório)? | <input type="text"/> | sim                  | <input type="text"/> | não                  | <input type="text"/> | não sabe             | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 9                   | Local do sepultamento                             |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| LOCAL DA ENTREVISTA |   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| 10                  | Logradouro (Rua, Praça, Av, etc)                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Nº                   | <input type="text"/> | Compl                | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |
|                     | Bairro  |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Distrito / Povoado   | <input type="text"/> | Telefone             | <input type="text"/> |                      |                      |                      |                      |
|                     | Município   |                      |                      |                      |                      |                      |                      | UF                   | <input type="text"/> | Local                | <input type="text"/> | urbano               | <input type="text"/> | rural                | <input type="text"/> |

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO (A)**

**11** Nome do(a) entrevistado(a)

**12** Qual sua relação com o(a) falecido(a)  mãe  pai  irmão(ã)  outro

**RELATO DO(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZANDO SUAS PRÓPRIAS PALAVRAS**

**13** Breve histórico da doença ou situação que levou à morte nas palavras do(a) entrevistado(a)

**14** Breve relato sobre as condições de vida e antecedentes de saúde do(a) falecido(a) e antecedentes familiares

## DOENÇAS E CONDIÇÕES ANTECEDENTES

## 15 Doenças e condições antecedentes

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes           | <input type="checkbox"/> Desnutrição     | <input type="checkbox"/> Pressão alta                    | <input type="checkbox"/> Cirurgia qual? _____    |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose        | <input type="checkbox"/> Obesidade       | <input type="checkbox"/> Infarto do miocárdio            | <input type="checkbox"/> D. Pulmonar qual? _____ |
| <input type="checkbox"/> Deficiência mental | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS        | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (AVC)          | <input type="checkbox"/> Cancer qual? _____      |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia          | <input type="checkbox"/> Cadeirante      | <input type="checkbox"/> Febre reumática                 | <input type="checkbox"/> Outra doença _____      |
| <input type="checkbox"/> Depressão          | <input type="checkbox"/> Acamado crônico | <input type="checkbox"/> Internado por transtorno mental |  |

## 15.1 Medicação de uso contínuo

## FATORES DE RISCO

16 Tomava bebida alcoólica?  sim  não  não sabe

16.1 Há quanto tempo?  meses  anos  não sabe

16.2 Com que frequência? \_\_\_\_\_ vezes por \_\_\_\_\_ (dia, semana, mês ou ano)  não sabe

17 Fumava?  sim, \_\_\_\_\_ cigarros  charutos  cachimbadas por \_\_\_\_\_ (dia, semana, mês ou ano)  não  não sabe

17.1 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ meses  anos  não sabe

18 Fazia uso de outras drogas (ex.: maconha, cocaína)?  sim, \_\_\_\_\_  ex-usuário  não  não sabe

19 Sofreu algum ferimento/acidente/agressão?  sim, \_\_\_\_\_  não  não sabe

20 A pessoa faleceu devido a ferimento/acidente/violência?  sim: passe à Questão 67  não: continue com a Questão 21

## SINAIS E SINTOMAS DA DOENÇA QUE LEVOU À MORTE

21 Durante quanto tempo esteve doente antes de morrer?  anos  meses  dias  não sabe

22 Teve febre?  sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_  não  não sabe

22.1 A febre era:  contínua  ia e vinha  não sabe

22.2 A febre era muito alta?  sim  não  não sabe

|      |  |   |   |   |
|------|--|---|---|---|
| 35   | Teve a barriga inchada?                                  | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 35.1 | Com que rapidez o inchaço se desenvolveu?                | <input type="checkbox"/> rapidamente (dias) _____           | <input type="checkbox"/> gradualmente (meses) _____         | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 35.1 | Ficou sem evacuar?                                       | <input type="checkbox"/> sim, por _____ dias                | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 36   | Teve um volume endurecido ou caroço dentro da barriga?   | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 36.1 | Onde se localizava?                                      | <input type="checkbox"/> parte superior direita da barriga  | <input type="checkbox"/> parte inferior direita da barriga  | <input type="checkbox"/> em toda a barriga              |
|      |  | <input type="checkbox"/> parte superior esquerda da barriga | <input type="checkbox"/> parte inferior esquerda da barriga | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
|      |  | <input type="checkbox"/> parte superior da barriga          | <input type="checkbox"/> parte inferior da barriga          |   |
| 37   | Teve dificuldades ou dores ao engolir alimentos sólidos? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 38   | Teve dificuldades ou dores ao engolir líquidos?          | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 39   | Teve dores de cabeça?                                    | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 39.2 | A dor era:   | <input type="checkbox"/> contínua                           | <input type="checkbox"/> ia e vinha                         | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 39.3 | As dores eram fortes?                                    | <input type="checkbox"/> sim                                | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 39.4 | Vomitava quando tinha dores de cabeça?                   | <input type="checkbox"/> sim                                | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 40   | Esteve mentalmente confuso(a)?                           | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 40.1 | Como começou?  | <input type="checkbox"/> de repente                         | <input type="checkbox"/> rapidamente (num dia) _____        | <input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias) _____ |
| 41   | Chegou a ficar inconsciente (desacordado)?               | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 41.1 | Como começou?  | <input type="checkbox"/> de repente                         | <input type="checkbox"/> rapidamente (num dia) _____        | <input type="checkbox"/> lentamente (muitos dias) _____ |
| 42   | Teve convulsões (ataque/epilepsia)?                      | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 43   | Teve o pescoço rígido (endurecido) ou curvado para trás? | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 44   | Teve rigidez de todo o corpo?                            | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |
| 45   | Teve paralisia num lado do corpo?                        | <input type="checkbox"/> sim, por quanto tempo? _____       | <input type="checkbox"/> não                                | <input type="checkbox"/> não sabe                       |

75.1

Quais?

 dupla (difteria e tétano)

 hepatite

 febre amarela

 não sabe

 tríplice (sarampo, rubéola, caxumba)

 gripe

 pneumococo

 outra

76

Observações do entrevistador (Sobre as condições de vida e de moradia do falecido sobre a qualidade da entrevista, se o entrevistado colaborou ou não se tinha dificuldade para se expressar, e sobre alguma circunstância da morte que considere relevante.)

### CONCLUSÃO DA INVESTIGAÇÃO DA AUTÓPSIA VERBAL

#### CAUSAS DA MORTE DEPOIS DA ENTREVISTA

CID-10

|                 |  |          |                                |
|-----------------|--|----------|--------------------------------|
| <b>Parte I</b>  | Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte  | <b>a</b> |                                |
|                 | Causas antecedentes  | <b>b</b> | Devido ou como consequência de |
|                 | Estados mórbidos se existirem que produziram a causa acima registrada mencionado-se em último lugar a causa básica | <b>c</b> | Devido ou como consequência de |
|                 |  | <b>d</b> | Devido ou como consequência de |
| <b>Parte II</b> | Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima          |          |                                |

Data da entrevista









Data final da análise









Nome dos entrevistadores

---



---



---

Profissionais médicos que analisaram as informações

---



---



---

Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas – SESAU  
Superintendência de Vigilância em Saúde – SUVISA  
Gerência de Informação e Análise da Situação de Saúde – GIANS  
Grupo Técnico Assessor de Vigilância do Óbito – GTAO

**Nota Informativa SUVISA nº 04/2019  
- 27 de Fevereiro de 2019 -**

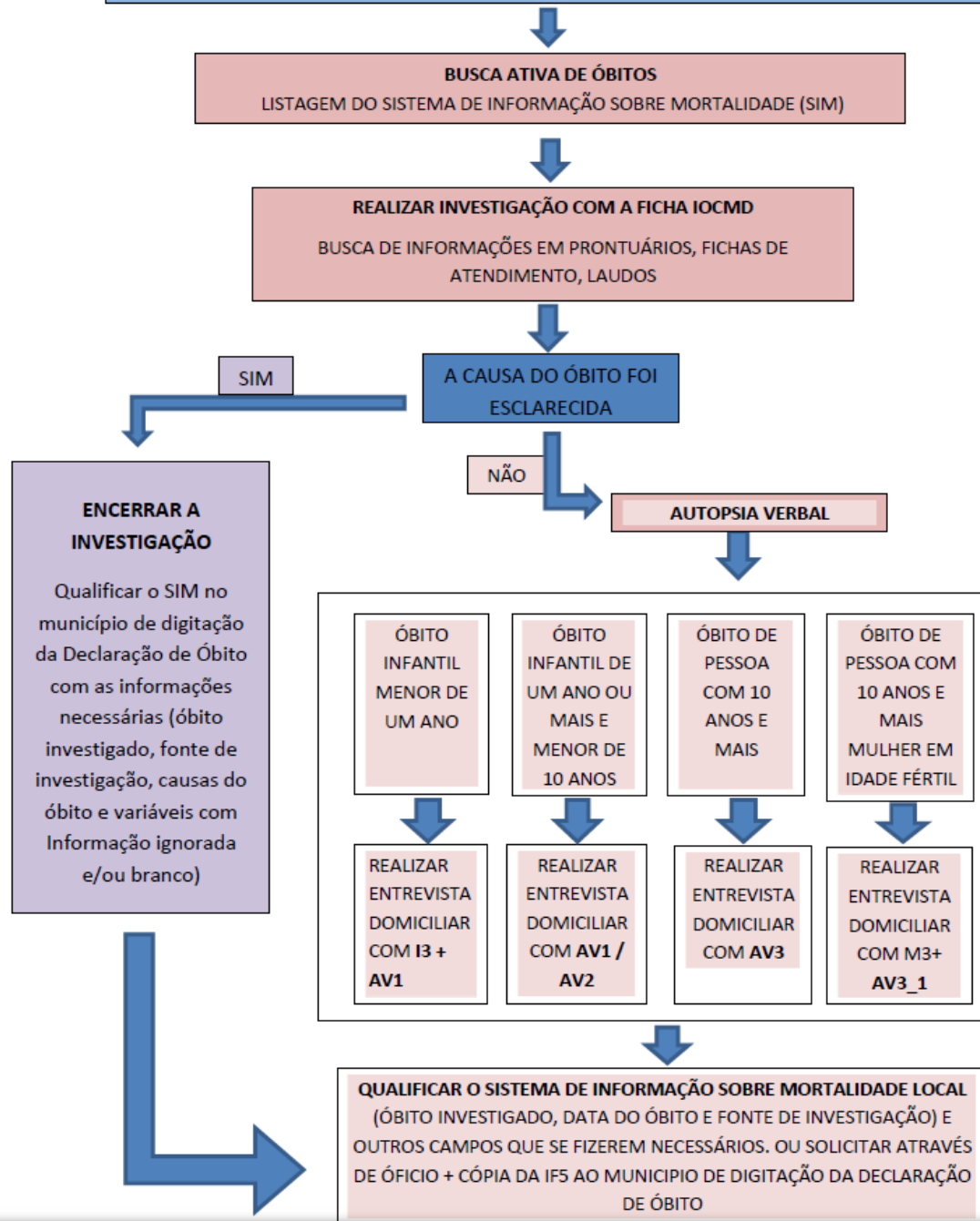
**Assunto:** Orientação Técnica sobre a Investigação do Óbito por Causa Mal Definida

Esta orientação técnica tem como objetivo direcionar os profissionais que atuam nas Secretarias Municipais de Saúde e unidades/serviços de saúde de residência e/ou ocorrência dos óbitos por causa mal definida no intuito de promover a organização do processo de trabalho e assim, cumprir os indicadores pactuados e contribuir para maior disponibilidade de informações a partir da investigação e qualificação dos Sistemas de Informação.

**ÓBITO COM CAUSA BÁSICA MAL DEFINIDA**

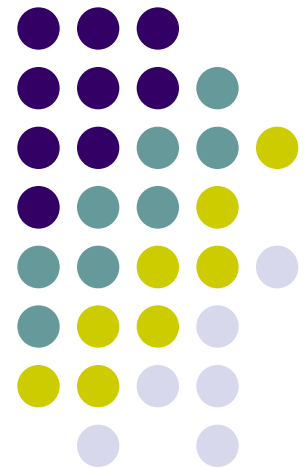
<https://www.saude.al.gov.br/notas-tecnicas/>

**FLUXO 3: INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA MAL DEFINIDA**





# Investigação de Óbito de Causas Mal Definidas



**Irapuan Barros**

- Conselheiro do CREMAL - *CRM-AL 4292*
- Perito Médico Federal – *SIAPE 1502290*
- Especialista em Medicina do Trabalho – *RQE nº 3333*
- Especialista em Clínica Médica – *RQE 2331*

**30/04/2026**



## Aspectos Éticos e Legais

### Irapuan Barros

- Conselheiro do CREMAL - *CRM-AL 4292*
- Perito Médico Federal – *SIAPÉ 1502290*
- Especialista em Medicina do Trabalho – *RQE nº 3333*
- Especialista em Clínica Médica – *RQE 2331*

