



Declaração de Óbito

34952910-8

I Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito 02/10/2023		3 Cartão SUS Hora		4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País) Teófilo Otoni / MG	
5 Nome do Falecido SULEYANA PINENTA RUAS EL-AOUAR				7 Nome da Mãe GINA H. DE PENENTA R. EL-AOUAR			
6 Nome do Pai DAMIR SAGIH EL-AOUAR		9 Idade Anos completos 39		10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M. Masc. <input type="checkbox"/> F. Fem.		11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	
8 Data de nascimento 05/05/1984		Menores de 1 ano Meses _____ Dias _____		12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		13 Ocupação habitual Médico	
14 Escolaridade (última série concluída) <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"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		3 Médio (antigo 2º grau) 4 Superior incompleto 5 Superior completo		15 Ocupação anterior, se aposentado / desempregado Médico		16 CEP Número _____ Complemento _____	
17 Bairro/Distrito MARAJOARA		18 Município de residência TEÓFILO OTONI		19 UF M.G		20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia indígena	
21 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA PEDRO EPICASH		22 Estabelecimento HOTEL IBIS - COLATINA		23 CEP Número _____ Complemento _____		24 Código CNES Código _____	
25 Bairro/Distrito BENSAMIA C. SAUTOS		26 Município de ocorrência COLATINA		27 UF E.S		28 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA PEDRO EPICASH	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE 29 Idade (anos) _____ 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							
30 Número de filhos vivos Nascidos vivos _____ Perdidos fetais/abortos _____ 99 Ignorado							
31 Nº de semanas de gestação 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 9 Ignorada							
32 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado							
33 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois							
34 Peso ao nascer (gramas) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado							
35 Número da Declaração de Nascimento Vivo Ignorado							
36 Código CBO 2002 _____							
OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos							
38 CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a) HIPOXENIA Devido ou como consequência de: b) ASFIXIA MECÂNICA Devido ou como consequência de: c) BRONCOPNEUMONIA Devido ou como consequência de: d) TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO							
39 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 causal.							
41 Nome do Médico JOELSON TAARES CUNHA		42 CRM 16644		43 Município e UF do SVO ou IML COLATINA ES		44 Obito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 27 3197 7123		46 Data do atestado 02/10/2023		47 Assinatura Joelson Taares Cunha MEDICO		48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico) 49 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio							
50 Descrição sumária do evento CFM-ES 16644							
ENDERECO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 51 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)							
52 Cartório Código _____		53 Registro Código _____		54 Município Código _____		55 Data	
56 Localidade S/Médico A _____ B _____		57 Testemunhas A _____ B _____		58 Declarante		59 UF	

SMML - SERVIÇO MEDICO LEGAL DE COLATINA