



I	Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 05/07/2025	Hora IGN	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Gordejópolis SP	
		5 Nome do Falecido Maiane Marques	6 Nome do Pai João Marques	7 Nome da Mãe Sônia Maria Marques			
		8 Data de nascimento 02/09/1989	9 Idade 35	10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input checked="" type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal 1 <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
		13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Secretaria de Meio Ambiente	Código CBO 2002			
II	Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) R. José Luiz Gernbraneli	Número 583	Complemento	16 CEP		
		17 Bairro/Distrito Vila Nova Lourenço	Código	18 Município de residência Gordejópolis	Código	19 UF SP	
III	Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input checked="" type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	21 Estabelecimento Montanha	Código CNES			
		22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) R. do Elefante	Número 511-9	Complemento	23 CEP		
IV	Fetal ou menor que 1 ano	24 Bairro/Distrito Zona Rural	Código	25 Município de ocorrência Andaraí	Código	26 UF MG	
		PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
V	Condições o causas do óbito	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	Série 9	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002	
		30 Número de filhos vivos Nascidos vivos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	31 Nº de semanas de gestação 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
		ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					
		37 A morte ocorreu 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 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 9 <input checked="" type="checkbox"/>					
VI	Médico	ASSISTÊNCIA MÉDICA					
		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necropsia? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <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. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
VII	Causas externas	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
		a <input type="checkbox"/> Choque hemorrágico Devido ou como consequência de: b <input type="checkbox"/> Ruptura hepática Devido ou como consequência de: c <input type="checkbox"/> Instrumento contundente Devido ou como consequência de: d <input type="checkbox"/>					
VIII	Cartório	41 Nome do Médico Wanderson Resende	42 CRM 52329	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input checked="" type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML Pocos de Caldas MG	UF	
		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 31992359314	46 Data do atestado 06/07/2025	47 Assinatura			
IX	Localid. S/ Médico	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
		48 Tipo 1 <input checked="" type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input checked="" type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9			
IX	Localid. S/ Médico	51 Descrição sumária do evento Queda de montanha durante rapel	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada				
		52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) R. do Elefante	Número 511-9	Bairro Zona Rural	Município Andaraí	UF MG	
IX	Localid. S/ Médico	53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data		
		56 Município				57 UF	
IX	Localid. S/ Médico	58 Declarante	59 Testemunhas A B				