



Declaração de Óbito

37452702-4

Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	<input type="checkbox"/> Data do óbito 05/07/2025 IGN	Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade Goiânia SP Município / UF (se estrangeiro informar País)			
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido Isiane Marques	<input type="checkbox"/> Nome do Pai João Marques	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe Isenia Maria Marques					
	<input type="checkbox"/> Data de nascimento 02/09/1989	<input type="checkbox"/> Idade 35 Anos completos	Menores de 1 ano Meses _____ Dias _____	Horas _____ Minutos _____	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Sexo M - Masc. F - Fem. I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Raça/Cor 1 <input checked="" type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Situação conjugal 1 <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/ divorciado 5 <input type="checkbox"/> União estável 9 <input type="checkbox"/> Ignorada
	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Secretaria de Meio Ambiente	Código CBO 2002		
	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc) R. José Luiz Fernandes	<input type="checkbox"/> Número 583	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP 37300-000				
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito Vila Nova Andrade	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Municipio de residência Goiânia	<input type="checkbox"/> Código 37300-000	<input type="checkbox"/> UF SP			
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito Hospital Outros estab. saúde	<input type="checkbox"/> Domicílio Aldeia Indígena	<input type="checkbox"/> Outros 9	<input type="checkbox"/> Estabelecimento Montanha	<input type="checkbox"/> Código CNES 00000000			
	<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Petrópolis do Elefante	<input type="checkbox"/> Número S/Nº	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP 37300-000				
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito Zona Rural	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Municipio de ocorrência Andradolândia	<input type="checkbox"/> Código 37300-000	<input type="checkbox"/> UF MG			
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
<input type="checkbox"/> Idade (anos) 28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Número de filhos tidos Nascidos vivos — 1 — 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Nº de semanas de gestação Perdas fetais/abortos — 1 — 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Série 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> Tipo de gravidez Única Dupla Tríplice e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> Tipo de parto Vaginal Cesárea 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto Antes Durante Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> Peso ao nascer Gramas	<input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Número da Declaração de Nascido Vivo	Código CBO 2002
<input type="checkbox"/> ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	<input type="checkbox"/> A morte ocorreu Na gravidez No parto	<input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Até 42 dias após o término da gestação	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> Necropsia? Sim 1 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
<input type="checkbox"/> CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA							
<input type="checkbox"/> CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	<i>Chave homônima</i>						
	b	<i>Laceração hepática</i>						
	c	<i>Instrumento contundente</i>						
	d							
<input type="checkbox"/> PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.								
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Nome do Médico Thiago Resende	<input type="checkbox"/> CRM 52229	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> Municipio e UF do SVO ou IML Poços de Caldas MG	UF			
<input type="checkbox"/> Causas externas	<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 31992359311	<input type="checkbox"/> Data do atestado 06/07/2025	<input type="checkbox"/> Assinatura :06/07/2025					
<input type="checkbox"/> Cartório	<input type="checkbox"/> Número S/10	<input type="checkbox"/> Bairro Zona Rural Andradolândia	<input type="checkbox"/> Municipio Andradolândia	<input type="checkbox"/> UF MG				
<input type="checkbox"/> Localid. S/ Médico	<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento <i>Quebrou a chave homônima durante rapel</i>	<input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial N°. 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 5 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorada				
<input type="checkbox"/> VIII	<input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento <i>Quebrou a chave homônima durante rapel</i>	<input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial N°. 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 5 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorada				
<input type="checkbox"/> IX	<input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Petrópolis do Elefante	<input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> Cartório	<input type="checkbox"/> Número S/10	<input type="checkbox"/> Bairro Zona Rural Andradolândia	<input type="checkbox"/> Municipio Andradolândia	<input type="checkbox"/> UF MG		
	<input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> Data					
	<input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> Municipio							
	<input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> UF							
	<input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> Declarante	<input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> Testemunhas A B						