

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 82 – DOE de 04/05/10 – seção 1 – p.30

SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS - 67, de 3-5-2010

Descentraliza o processo de gestão dos formulários de Declaração de Óbito e Declaração de Nascido Vivo no âmbito do Estado de São Paulo, e dá outras providências

O Secretário de Estado de Saúde, considerando,

A Lei - 8.080/1990 e suas alterações, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

O Decreto - 3.156/1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

A Portaria - SVS/MS - 3252/2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;

A Portaria GM/MS - 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

A Portaria SVS/MS - 116/2009, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;

A Portaria GM/MS - 1119/2008, que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos e o estabelecimento de fluxos e prazos especiais para estes eventos;

A Portaria GM/MS - 72/2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS);

O avançado processo de implantação do SIM e SINASC de base municipal no Estado de São Paulo e, a necessidade contínua de aperfeiçoamento destes sistemas para aprofundar o conhecimento da situação epidemiológica da população, e a transferência de gestão de formulários de Declaração de Nascido Vivo e Declaração de Óbito da Fundação SEADE para a Secretaria de Estado da Saúde.

Resolve:

Artigo 1º - A Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, da Secretaria de Estado da Saúde será responsável pela distribuição dos formulários de Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo – DN aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI e, através dos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica – GVE, às Secretarias Municipais de Saúde - SMS.

Parágrafo 1º - As Declarações de Óbitos - DO e Declarações de Nascidos Vivos - DN, padronizados pelo Ministério da Saúde (Anexo I e II) ou novos modelos que porventura venham a substituí-los, são de uso obrigatório para a coleta dos dados sobre óbitos e sobre nascidos vivos e constituem documentos hábeis para a lavratura da Certidão pelos Cartórios do Registro Civil no território estadual.

Parágrafo 2º – A Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, os Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica - GVE, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS deverão alimentar e manter atualizado o módulo de distribuição de documentos-padrão - Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo – DN - nos aplicativos informatizados dos sistemas, com a identificação da seqüência numérica distribuída às respectivas Unidades Notificadoras e Notificadores em suas áreas de abrangência.

Artigo 2º - As Secretarias Municipais de Saúde fornecerão e controlarão a utilização de formulários de Declaração de Óbito para as Unidades Notificadoras e Notificadores sediadas no seu território, abaixo definidas:

I - Estabelecimentos e Serviços de Saúde inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II - Institutos Médicos Legais (IML);

III - Serviços de Verificação de Óbitos (SVO); e

IV - Médicos cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Parágrafo 1º - É vedada a distribuição da Declaração de Óbito - DO às empresas funerárias.

Parágrafo 2º - A distribuição de formulários de Declaração de Óbito - DO para Cartórios de Registro Civil atenderá ao disposto no Parágrafo 6º, do Artigo 13º, da Portaria SVS/MS - 116/2009.

Parágrafo 3º - As Unidades Notificadoras e os Notificadores serão responsáveis solidários pela guarda e utilização da série numérica recebida.

Artigo 3º - As Secretarias Municipais de Saúde fornecerão e controlarão a utilização de formulários de Declaração de Nascidos Vivos - DN para as Unidades Notificadoras e os Notificadores, sediadas no seu território, abaixo definidas:

I - Estabelecimentos e Serviços de Saúde, onde possam ocorrer partos, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II - Médicos e enfermeiros, obstetrias e parteiras tradicionais que atuem em partos domiciliares, reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

III - Cartórios de Registro Civil.

Artigo 4º - As competências para emissão da Declaração de Óbito e de Nascido Vivo são as estabelecidas na Portaria SVS/MS - 116/2009.

Parágrafo Único - A emissão indevida deve ser denunciada aos órgãos competentes pelas instâncias responsáveis pela guarda e distribuição.

Artigo 5º - A Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD, regulamentará procedimentos a serem adotados pelos Grupos Regionais de Vigilância Epidemiológica, Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI e Secretarias Municipais de Saúde – SMS, para garantir segurança e proteção do uso dos formulários.

Artigo 6º - A destinação das vias da Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo – DN seguirá os fluxos estabelecidos na Portaria SVS/MS - 116/2009, garantida a 1ª via à Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 7º - Os dados constantes da Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo – DN deverão ser processados pelo Município onde ocorreu o evento conforme previsto na Portaria SVS/MS - 116/2009.

Parágrafo Único - O processamento das Declarações de Óbito - DO emitidas pelo Instituto Médico Legal - IML e pelo Serviço de Verificação de Óbitos - SVO será realizado no município ou no Grupo de Vigilância Epidemiológica de ocorrência do evento, mediante pactuação regional.

Artigo 8º - As Declarações de Óbito - DO e Declaração de Nascidos Vivos – DN recebidas para o processamento da informação ficarão sob guarda das Secretarias Municipais de Saúde pelos prazos e critérios estabelecidos na Portaria SVS/MS - 116/2009

Artigo 9º - Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI fornecerão e controlarão a utilização de formulários de Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo – DN no âmbito do seu território.

Parágrafo 1º - A Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD e a representação estadual da Coordenação de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena, da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, estabelecerão os fluxos de distribuição de Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo – DN no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI.

Artigo 10º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Anexo I – Modelo de Declaração de Óbito – DO (à Resolução SS-67, de 03 de maio de 2010)



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

Declaração de Óbito

I	Cartório	<input type="checkbox"/> Cartório <input type="checkbox"/> Município	Código: _____ Registro: _____ Data: _____	<input type="checkbox"/> UF: _____ Cemitério: _____
II	Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Não Free <input type="checkbox"/> Data: _____ Hora: _____ Nome do falecido: _____ Nome do pai: _____ Nome da mãe: _____	<input type="checkbox"/> Cartão SUS: _____ <input type="checkbox"/> Naturalidade: _____	
III	Residência	<input type="checkbox"/> Data de Nascimento: _____ <input type="checkbox"/> Idade: _____ Anos completos: _____ Menores de 1 ano: _____ Meses: _____ Dias: _____ Horas: _____ Minutos: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sexo: _____ <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Raça/cor: _____ <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Indígena
IV	Ocorrência	<input type="checkbox"/> Estado civil: _____ <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/Divorçado <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Escolaridade: _____ (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade: _____ (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior)
V	Fetal ou menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> Logradouro (Rua, praça, avenida etc.): _____ <input type="checkbox"/> Bairro/Distrito: _____ Código: _____	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito: _____ <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estabelec. saúde <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Estabelecimento <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.): _____ Número: _____ Complemento: _____ CEP: _____ <input type="checkbox"/> Bairro/Distrito: _____ Código: _____ Município de ocorrência: _____ Código: _____ UF: _____
VI	Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE		
		<input type="checkbox"/> Idade: _____ Anos: _____	<input type="checkbox"/> Escolaridade: _____ (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 7 <input type="checkbox"/> De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe: _____ Código: _____
		<input type="checkbox"/> Duração da gestação: _____ (Em semanas) <input type="checkbox"/> Menos de 22 <input type="checkbox"/> De 22 a 27 <input type="checkbox"/> De 28 a 31 <input type="checkbox"/> De 32 a 36 <input type="checkbox"/> De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 42 e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Tipo de parto: _____ <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Duplo <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto: _____ <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado
		<input type="checkbox"/> Número de filhos vivos: _____ <input type="checkbox"/> Nascidos vivos <input type="checkbox"/> Nascidos mortos	<input type="checkbox"/> Peso ao nascer: _____ (Quilo)	<input type="checkbox"/> Num. da Decl. de Nascidos Vivos: _____
		ÓBITOS EM MULHERES <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante o puerpério? _____ <input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
		<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado por: _____ <input type="checkbox"/> Exame complementar? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Cirurgia? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Necropsia? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
		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: _____ Devido ou como consequência de: _____ Devido ou como consequência de: _____ Devido ou como consequência de: _____	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estejam, partes, na cadeia acima: _____	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: _____ CID: _____
VII	Médico	<input type="checkbox"/> Nome do médico: _____ <input type="checkbox"/> Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.): _____	<input type="checkbox"/> CRM: _____ <input type="checkbox"/> Data do atestado: _____	<input type="checkbox"/> O médico que assistiu atendeu ao falecido? _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Substituído <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outros
VIII	Causas externas	<input type="checkbox"/> Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico): _____ <input type="checkbox"/> Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Fonte da informação: _____ <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência: _____ SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO: <input type="checkbox"/> Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.): _____ Código: _____
IX	Localid. S/ Médico	<input type="checkbox"/> Declarante: _____	<input type="checkbox"/> Testemunhas: A: _____ B: _____	

Anexo II – Modelo de Declaração de Nascidos Vivos – DN
 (à Resolução SS-67, de 03 de maio de 2010)



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

Declaração de Nascido Vivo

I	Cartório	1 Cartório		Código		2 Registro		3 Data			
	4 Município									5 UF	
II	Local da Ocorrência	6 Local da Ocorrência		7 Estabelecimento		Código					
		1 Hospital 2 Outros Estab. Saúde 3 Domicílio									
		4 Outros 5 Ignorado									
		8 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da mãe (Rua, praça, avenida, etc)		Número		Complemento		9 CEP			
		10 Bairro/Distrito		Código		11 Município de ocorrência		Código			
								12 UF			
III	Mãe	13 Nome da Mãe				14 Cartão SUS					
		15 Idade (anos)	16 Estado Civil		17 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos)		18 Ocupação habitual e ramo de atividade		19 N.º de filhos tidos em gestações anteriores (obs.: utilizar 99 se ignorado) Nascidos vivos Nascidos mortos		
		1 Solteira 2 Casada	3 Viúva 4 Separada judicialmente/divorciada 5 Ignorado		1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 7 4 De 8 a 11 5 12 e mais 6 Ignorado		Código				
		Residência da mãe		20 Logradouro		Número		Complemento		21 CEP	
		22 Bairro/Distrito		Código		23 Município		Código			
								24 UF			
IV	Gestação e Parto	25 Duração da gestação (em semanas)		26 Tipo de gravidez		27 Tipo de parto		28 Número de consultas de pré-natal			
		1 Menos de 22 2 De 22 a 27 3 De 28 a 31 4 De 32 a 36 5 De 37 a 41 6 42 e mais 7 Ignorado	1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 4 Ignorado		1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorado		1 Nenhuma 2 De 1 a 3 3 De 4 a 6 4 7 e mais 5 Ignorado				
V	Recém-Nascido	29 Nascimento		30 Sexo		31 Índice de Apgar					
		Data		Hora		M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		1º minuto		5º minuto	
		32 Raça/cor		33 Peso ao nascer							
		1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena		em gramas							
		34 Detectada alguma malformação congênita e/ou anomalia cromossômica?		Qual?						Código	
		1 Sim 2 Não 3 Ignorado									
VI	Identificação	35 Polegar direito da mãe				36 Pé direito da criança					
VII	Preench.	Responsável pelo preenchimento									
		37 Nome		38 Função		39 Identidade		40 Órgão Emissor		41 Data	

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
 O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
 Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.