



Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	OUTRAS DOENÇAS DA MÃE, CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE - ÓBITO MATERNO		O99		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	

Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor			
	0-Analfabeto 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19	Distrito	
	20	Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22	Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				

Conclusão										
Conclusão	31	Data da Investigação		32	Classificação Final		33	Critério de Confirmação/Descarte		
					1 - Confirmado 2 - Descartado		1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico			
	Local Provável da Fonte de Infecção									
	34	O caso é autóctone do município de residência?			35 UF	36 País				
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado									
	37	Município		Código (IBGE)		38	Distrito		39	Bairro
40	Doença Relacionada ao Trabalho		41		Evolução do Caso					
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado						
42	Data do Óbito		43		Data do Encerramento					

Informações complementares e observações

Observações adicionais

Número da Declaração de Óbito (DO): _____	
Data do Óbito: ____/____/____	
Causa Provável do Óbito: _____	

Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Assinatura	
	Função			