Conselho Regional de Medicina
do Estado do Rio Grande do Sul

Manual do

ATESTADO DE ÓBITO

2ª Edição
2018

Conselho Regional de Medicina do
Estado do Rio Grande do Sul

Manual do

ATESTADO DE ÓBITO

2ª Edição
Porto Alegre
2018

© 2018, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Direitos Reservados

Todos os direitos do conteúdo técnico do **Manual do Atestado de Óbito** são reservados ao Cremers – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por qualquer meio, sem a prévia autorização do Cremers.

2ª Edição: 3.000 exemplares

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Av. Princesa Isabel, 921 – Bairro Santana
CEP 90620-001 – Porto Alegre – RS
Fone (51) 3219.7544 / Fax (51) 3217.1968
E-mail: cremers@cremers.org.br
Site: www.cremers.org.br

Elaboradores
Dr. Fernando Weber Matos
Presidente do Cremers

Maria Ernestina Marques Martins
Responsável da Secretaria de Assuntos Técnicos

Projeto e Design Gráfico
Stampa Comunicação Corporativa
Direção-Geral – Eliane Casassola
Diretor de Arte – Thiago Pinheiro
Capa e Editoração – Caroline Casassola

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação:
Bibliotecária Daiane Schramm – CRB-10/1881

C755 Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul
Manual de Atestado de Óbito. – 2. ed. – Porto Alegre: CREMERS, 2018.
96p.; 14x21cm

1. Medicina. 2. Manual. 3. Óbito. I. Título.

CDU 614

CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Gestão 2013/2018

DIRETORIA

Fevereiro/2017 a setembro/2018

Fernando Weber Matos
Presidente

Ismael Maguilnik
Vice-Presidente

Rogério Wolf de Aguiar
Primeiro-Secretário

Cláudio Balduino Souto Franzen
Segundo-Secretário

Iseu Milman
Tesoureiro

COORDENAÇÕES

Regis de Freitas Porto • Corregedor

Joaquim José Xavier • Corregedor Adjunto

Jefferson Pedro Piva • Câmaras Técnicas

Ércio Amaro de Oliveira Filho • Ouvidoria

Antonio Celso Koehler Ayub • Fiscalização

CONSELHEIROS

Antonio Celso Koehler Ayub • Arthur da Motta Lima Netto • Céo Paranhos de Lima
Cláudio Balduíno Souto Franzen • Douglas Pedroso • Ércio Amaro de Oliveira Filho
Euclides Viríssimo Santos Pires • Fernando Weber da Silva Matos •Iseu Milman
Ismael Maguilnik • Jefferson Pedro Piva • Joaquim José Xavier
Maria Lúcia da Rocha Oppermann • Mário Antônio Fedrizzi • Mauro Antônio Czepielewski
Newton Monteiro de Barros • Regis de Freitas Porto • Rogério Wolf de Aguiar
Sílvio Pereira Coelho • Tomaz Barbosa Isolan • Airton Stein
Asdrubal Falavigna • Clotilde Druck Garcia • Diego Millan Menegotto
Dirceu Francisco de Araújo Rodrigues • Isabel Helena F. Halmenschlager
Jair Rodrigues Escobar • João Alberto Larangeira • Jorge Luiz Fregapani
Léris Salete Bonfanti Haeffner • Luiz Carlos Bodanese
Luiz Alexandre Alegretti Borges • Ney Arthur Vilamil de Castro Azambuja
Paulo Amaral • Paulo Henrique Poti Homrich • Philadelpho M. Gouveia Filho
Raul Pruinelli • Ricardo Oliva Willhelm
Sandra Helen Chiari Cabral • Tânia Regina da Fontoura Mota

DELEGADOS SECCIONAIS

Luiz Carlos Diniz Barradas - Alegrete • César Alfeu Iamin de Mello - Bagé
José Vitor Zir - Bento Gonçalves • Leisa Maia Behr Gaspery - Cachoeira do Sul
Tiago Bonilha Souza - Camaquã • Airton Luiz Fiebig - Carazinho
Luciano Bauer Gröhs - Caxias do Sul • João Carlos Stona Heberle - Cruz Alta
Paulo César Rodrigues Martins - Erechim • Marilia Raymundo Thomé da Cruz - Ijuí
Fernando José Sartori Bertoglio - Lajeado • Luciano Alberto Strelow - Novo Hamburgo
Newton Cortela D'Arisbo - Osório • Joaquim Pozzobom Souza - Palmeira das Missões
Henrique Luiz Oliani - Passo Fundo • Victor Hugo Pereira Coelho - Pelotas
Fábio de Aguiar Lopes - Rio Grande • Gilberto Neumann Cano - Santa Cruz do Sul
João Alberto Larangeira - Santa Maria • Carlos Arthur da Silveira - Santa Rosa
Tiago Silveira de Araújo Lopes - Santana do Livramento
Rafael Rodrigues da Fontoura - Santo Ângelo • Ary Poerscke - São Borja
Luiz Carlos Maciel Nunes - São Gabriel • Roberto Schuster - São Jerônimo
Solange Maria Seidl Gomes - São Leopoldo • Lauro Erni Borth - Três Passos
Jorge Augusto Hecker Kappel - Uruguaiana

APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul, em 2010, editou o **Manual de Atestado de Óbito** com a finalidade de facilitar e dissipar dúvidas dos médicos por ocasião do preenchimento da Declaração de Óbito.

O Cremers, por meio dessa ação educativa, procura informar e esclarecer aos médicos os aspectos legais e éticos que devem ser observados no correto preenchimento da declaração ou atestado de óbito.

Em 2018 estamos publicando a 2ª edição do Manual, apresentando de maneira didática o assunto sobre o preenchimento do atestado, a legislação e responsabilidade do médico, conceitos básicos, dúvidas mais comuns e as novas resoluções do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul.

É importante agradecer o trabalho do conselheiro, Dr. Ismael Maguilnik, da assessora jurídica, Dra. Natália Petrucci de Carvalho e da funcionária, Maria Ernestina Marques Martins, que tornaram possível esta publicação.

Fernando Weber Matos
Presidente

NOSSA CAPA

La Pietà

A **Pietà** (em português *Piedade*) de Michelangelo é talvez a obra mais conhecida e uma das mais famosas esculturas feitas pelo artista. Representa Jesus morto nos braços da Virgem Maria. A fita que atravessa o peito da Virgem Maria traz a assinatura do autor, única que se conhece: **Michael Angelus. Bonarotus. Florent. Facieba(T),** ou seja, *Miguel Angelo Buonarotus de Florença fez*.

A estátua está na basílica de São Pedro, na primeira capela da alameda ao lado direito. Em 1972 ela foi atacada, desde então está protegida por um vidro à prova de bala. Feita em mármore, mede 174 cm x 69 cm.

História

Em 26 de agosto de 1498, o cardeal francês Jean Bilhères de Lagraulas encomendou a Michelangelo uma imagem da Virgem para ornamentar a Capela dos Reis de França, antiga basílica de São Pedro.

Na capacidade criadora genial e a técnica perfeita, o artista toscano criou a mais acabada e famosa escultura: a Pietà. O tema vem da Europa do Norte, a dor de Maria sobre o corpo morto do filho. Michelangelo abandonou o realismo cruel típico do gênero em favor de uma visão idealizada.

Iniciara-se como artista ainda durante o Quattrocento, em Florença, onde trabalhou para os Médicis, mas a Pietà foi a primeira grande obra escultórica. Trata-se de um trabalho de admirável perfeição, organizado em forma de pirâmide – formato muito utilizado pelos pintores e escultores renascentistas.

Na obra delicada o artista encontrou a solução ideal para um problema que preocupara os escultores do Primeiro Renascimento: a colocação do corpo de Jesus Cristo morto no regaço de Maria. Para isso alterou deliberadamente as proporções: o Cristo é menor que a Virgem, para dar a impressão de não esmagar a Mãe e mostrar que é seu Filho, para não "sair" do esquema triangular. A Virgem Maria foi representada muito jovem e com uma nobre resignação: a expressão dolorosa do rosto é idealizada, contrastando com a angústia que tradicionalmente os artistas lhe imprimiam. Torna-se assim evidente a influência do *pathos* dos clássicos gregos. E o autor imaginou a juventude de Maria (objeções que seus críticos erguem contra ele) como expressão de sua pureza incorruptível.

O requinte e esmero da modelação e o tratamento da superfície do mármore, polido como um marfim, deram-lhe a reputação de uma das mais belas esculturas de todos os tempos. Importante como o autor conseguiu harmonizar a figura horizontal do Cristo, estendido sobre os joelhos da mãe, como que inserido entre suas amplas vestes, com a figura (vertical) de Maria.

Michelangelo tinha 23 anos. Pela pouca idade levou muitos a duvidarem que ele fosse o autor e isso o teria levado a inscrever o nome na faixa que atravessa o peito de Maria.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	**5**
	NOSSA CAPA	**7**
CAPÍTULO 1	**ATESTADO DE ÓBITO – HISTÓRIA**	**13**

História 14
No Brasil 15

CAPÍTULO 2	**RECOMENDAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO**	**17**

1. Recomendações para o preenchimento da Declaração de Óbito 18
2. Fluxo da Declaração de Óbito 19
2.1 Para óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde 20
2.2 Para óbitos naturais não ocorridos em estabelecimentos de saúde 20
2.3 Para óbitos por causas acidentais e/ou violentas 21
3. Instruções de preenchimento 21
Anexo I 39
Anexo II 40

CAPÍTULO 3	**DEFINIÇÕES**	**41**

1. Causas de morte 42
2. Causa básica de morte 42

3. Definições em relação à mortalidade fetal, neonatal 42

3.1 Nascimento vivo 42

3.2 Óbito fetal 43

3.3 Óbito neonatal 43

4. Definições relacionadas com a mortalidade materna 43

4.1 Morte materna 43

4.2 Morte materna tardia 44

4.3 Morte relacionada à gestação 44

CAPÍTULO 4 **LEGISLAÇÃO** **45**

Resolução CFM 1.779/2005 46

Lei dos Registros Públicos 49

Legislação do Conselho Federal de Medicina 49

I – Informações para o preenchimento correto dos atestados de óbito 51

II – Orientação para situações de morte indeterminada, com difícil acesso ao IML 56

III – Orientação para o caso em que os familiares não desejam seja o corpo encaminhado ao IML 57

Resolução CFM 2.171/2017 58

Resolução CFM 2.110/2014 61

Resolução CFM 2.139/2016 62

Resolução CFM 1.641/2002 63

CAPÍTULO 5 **ATESTADO DE ÓBITO – ASPECTOS LEGAIS RESPONSABILIDADE DO MÉDICO** **65**

Responsabilidade civil do médico no preenchimento da Declaração de Óbito 67

Responsabilidade administrativa do médico no preenchimento da Declaração de Óbito 69

Responsabilidade penal do médico no preenchimento da Declaração de Óbito 69

CAPÍTULO 6 **ESCLARECENDO AS DÚVIDAS MAIS COMUNS** **71**

CAPÍTULO 7 **A QUEM COMPETE A EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO** **79**

1. Causa natural 80

2. Causa não natural 81

CAPÍTULO 8 **CONCEITOS IMPORTANTES** **83**

CAPÍTULO 9 **RESOLUÇÕES, PARECERES E NOTAS TÉCNICAS – CFM E CREMERS** **85**

Resolução CFM 2.003/2012 87

Resolução Cremers 02/2015 88

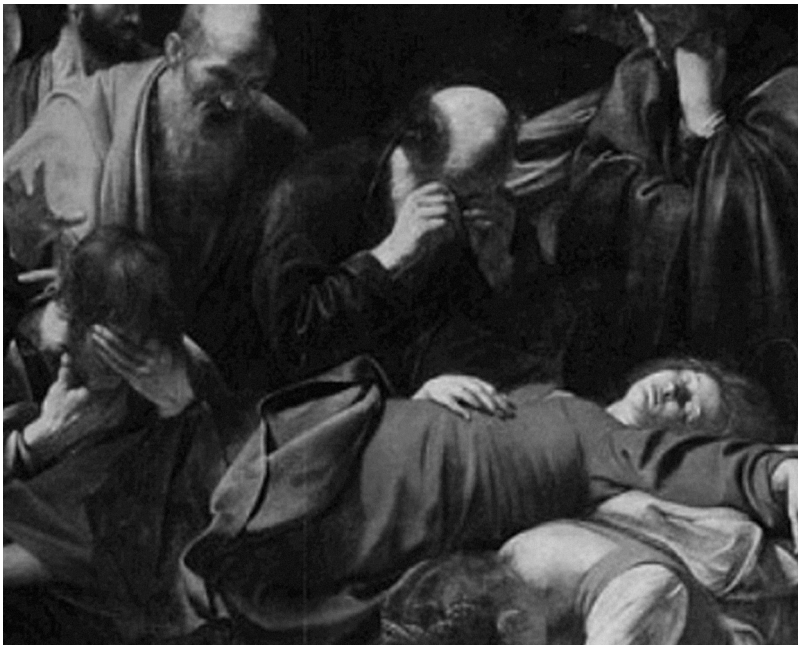
Parecer Cremers 09/2010 89

Nota Técnica da Assessoria Jurídica 25/2012 91

Nota Técnica da Assessoria Jurídica 23/2012 93

CAPÍTULO 1

ATESTADO DE ÓBITO HISTÓRIA



Caravaggio, A Morte da Virgem, óleo sobre tela, 369 x 245 cm, 1604-1606. À mostra no Museu do Louvre, em Paris, França.

História

A anotação da causa da morte iniciou no final do século XVI em Londres, na Inglaterra, pelos párocos locais, em função da epidemia de peste, pois havia a necessidade de se saber o número de óbitos pela doença. A partir do século XVII tal prática passou a ser ato médico, se tornando rotina em várias cidades da Europa. Já no início do século XVIII desperta o "interesse científico", gerando necessidade de se definir universalmente o significado de "causa de morte", sendo criado um documento padrão para a declaração, visando uniformizar internacionalmente uma classificação de causas de morte.

A primeira tentativa de tal uniformização ocorreu em 1853 no Congresso Internacional de Estatística, em Bruxelas, porém somente em 1893 foi aprovada a primeira classificação internacional de causas de morte, elaborada por Jacques Bertillon, que inicialmente o nome de Classificação de Causas de Morte de Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Morte, sendo adotado em vários países tal documento teria revisões periódicas.

Para possibilitar a comparabilidade das causas de morte entre os países foi necessário padronizar a forma de coleta dos dados de mortalidade, uniformizando o documento de notificação dos dados de mortalidade, a Declaração de Óbito. Até aquele momento as causas de morte eram atestadas em diferentes modelos de declarações de óbitos. Em 1925, a Organização da Saúde da Liga das Nações sugeriu a adoção de um modelo único de atestado de óbito. Em tal documento seria anotado, em primeiro lugar, a causa que conduziu diretamente à morte (causa imediata, direta ou terminal) e, a seguir, os estados patológicos caso existissem, ficando assim a causa primária (básica) em último lugar, de cima para baixo no atestado.

No Brasil

No Brasil o Modelo Internacional de Atestado Médico de Causa de Morte foi adotado em 1950, mas não era uniforme em todo o país.

Em 1976, com a finalidade de integrar e uniformizar todos os serviços estaduais de operações de dados de óbitos, o Ministério da Saúde, criou o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), sendo criado um formulário padrão denominado de Declaração de Óbito (DO) que é utilizado até hoje. A Declaração de Óbito padronizava também as informações referentes à identificação, outras, tornando uniforme a maneira de coletar os dados sobre os falecidos no país.

SOUZA, Deborah Colucci Cavalcante de; médica assistente da Disciplina de Reumatologia da Unifesp. Mestra e médica sanitarista. **A importância do atestado de óbito**; publicado em http://www.moreirajr.com.br/Manual Instruções Preenchimento DO 2011_jan_24.

CAPÍTULO 2

RECOMENDAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO

Pascal Dagnan-Bouveret (1852-1929, France) | Il Médico

1. Recomendações para o preenchimento da Declaração de Óbito

À vista dos aspectos legais envolvidos, são feitas as seguintes recomendações aos médicos responsáveis pelo preenchimento da Declaração de Óbito (DO) (Anexo I):

- a DO deve ser preenchida para todos os óbitos, inclusive os fetais, ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais;

- o médico é o responsável por todas as informações contidas na DO. Não deve assinar uma Declaração de Óbito em branco ou deixar declarações previamente assinadas; deve verificar se todos os itens de identificação estão devida e corretamente preenchidos;

Deve observar o seguinte:

- a Declaração de Óbito é impressa em papel especial carbonado, em três vias e, antes de ser preenchida, o conjunto deverá ser destacado do bloco;

- o preenchimento deve ser feito à máquina ou em letra de forma com caneta esferográfica;

- devem ser evitadas, sempre que possível, emendas ou rasuras.

Caso ocorram, o conjunto deve ser anulado e encaminhado ao setor de processamento para controle;

- evitar deixar campos em branco, colocando o código correspondente a Ignorado, ou um traço (-), quando não se conhecer a informação solicitada ou não se aplicar ao item correspondente;

- a primeira linha, que serve de título ao documento, tem um número já impresso, que se destina a identificar o evento, servindo como número de controle para o sistema. É importante que os responsáveis pelo preenchimento o façam com respeito aos preceitos legais e epidemiológicos vigentes, per-

mitindo a identificação do processo mórbido e conduzindo ao conhecimento do perfil saúde-doença, primeira ação de vigilância, ponto inicial do desencadeamento de ações saneadoras no campo da saúde brasileira.

2. Fluxo da Declaração de Óbito

As Declarações de Óbito (DO) são impressas em três vias pré-numeradas sequencialmente, pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e distribuídas gratuitamente às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios.

O sub-registro, dependendo da eficiência do fluxo utilizado na coleta dos documentos, varia de estado para estado. É importante incentivar, por todos os meios, o registro do óbito nos cartórios, para atender não apenas à legislação vigente, como aos princípios de cidadania.

No anexo III está apresentado o fluxo preconizado pelo Ministério da Saúde para a Declaração de Óbito. O destino de cada uma das três vias é o seguinte:

Primeira via: recolhida nas unidades notificadoras, devendo ficar em poder do setor responsável pelo processamento dos dados, na instância municipal ou na estadual;

Segunda via: entregue pela família ao cartório do registro civil, devendo nele ficar arquivada para os procedimentos legais;

Terceira via: permanece nas unidades notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, IML ou SVO, para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido.

No entanto, o fluxo varia em função de onde ocorreu e do tipo de óbito, como detalhado a seguir:

2.1 Para óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde

O estabelecimento onde ocorreu o falecimento preenche a DO em três vias. A primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca ativa pelos setores responsáveis pelo processamento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde. A segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito - esta via será retida pelo cartório, para os procedimentos legais. A terceira via ficará na unidade notificadora, para ser apensada aos registros médicos do falecido.

2.2 Para óbitos naturais não ocorridos em estabelecimentos de saúde

- casos de mortes naturais com assistência médica: A Declaração de Óbito, após preenchimento pelo profissional, deverá ter a seguinte destinação:

a) o médico atestante encaminhará a primeira e terceira vias para a secretaria municipal de saúde;

b) a segunda será entregue à família, que a apresentará ao cartório do registro civil, para obtenção da certidão de óbito;

c) o cartório do registro civil reterá a segunda via para seus procedimentos legais.

- casos de mortes naturais sem assistência médica, em localidades com médico: ocorridos geralmente em domicílio, estes óbitos deverão ficar sob a responsabilidade do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), cujo médico preenche a DO, que deve ser recolhida pelo órgão responsável. Quando não existe SVO, qualquer médico tem obrigação de preencher o documento que segue o fluxo, descrito no item anterior;

- casos de mortes naturais em localidades onde não haja médico: o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparece ao cartório do registro civil, que

preenche as três vias da DO. O oficial do registro deve conseguir a informação correspondente a cada item do documento. O cartório retém a segunda via para seus procedimentos legais e, quando da busca ativa, entrega a primeira e a terceira vias ao órgão de processamento da secretaria de saúde.

2.3 Para óbitos por causas acidentais e/ou violentas

O legista do Instituto Médico-Legal (IML) ou, no caso de não existir na localidade o IML, o perito designado para tal, preenche a DO, que segue o seguinte fluxo:

a) a primeira via é retida, para posterior recolhimento em busca ativa pelos setores responsáveis pelo processamento das secretarias estaduais e/ou municipais de saúde;

b) a segunda via é entregue aos familiares, que a levarão ao cartório do registro civil para o competente registro e obtenção da Certidão de Óbito; esta via será retida pelo cartório, para os procedimentos legais;

c) a terceira via ficará retida no Instituto Médico-Legal (IML), para ser apensada aos registros médicos do falecido.

3. Instruções de preenchimento

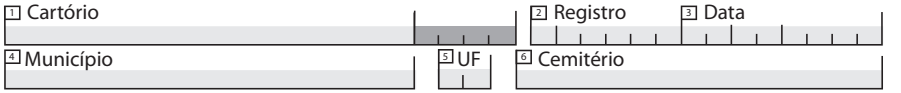
A Declaração de Óbito (DO) é composta por nove blocos de variáveis:

- Bloco I – Cartório;
- Bloco II – Identificação;
- Bloco III – Residência;
- Bloco IV – Ocorrência;
- Bloco V – Óbito fetal ou menor de um ano;
- Bloco VI – Condições e causas do óbito;
- Bloco VII – Médico;
- Bloco VIII – Causas externas;
- Bloco IX – Localidade sem médico.

A seguir serão apresentados cada bloco e o modo de preenchimento de suas variáveis. O número da Declaração de Óbito é previamente atribuído e grafado na primeira linha:

Bloco I – Cartório

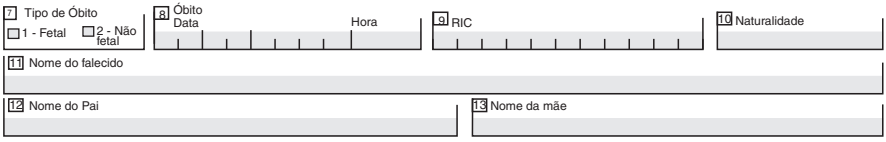
Este bloco se destina a colher informações sobre o cartório do registro civil onde foi registrado o falecimento. O preenchimento deste bloco é de exclusividade do oficial do registro civil.



- **Campo 1 – Cartório**: colocar o nome do cartório.
  - **Código**: o código referente ao cartório será preenchido pelo setor responsável pelo processamento.
- **Campo 2 – Registro**: anotar o número que foi dado ao registro.
- **Campo 3 – Data**: anotar a data em que foi efetuado o registro. O ano deve conter quatro algarismos.
- **Campo 4 – Município**: colocar o nome do município onde se localiza o cartório.
- **Campo 5 – UF**: colocar a sigla da unidade da federação onde se localiza o cartório.
- **Campo 6 – Cemitério**: colocar o nome do cemitério onde será feito o sepultamento.

Bloco II – Identificação

Este bloco se destina a colher informações gerais sobre a identidade do falecido e dos pais, em caso de óbito fetal ou de menor de um ano:



• **Campo 7 – Tipo de óbito:** colocar um **X** na quadrícula correspondente ao tipo de óbito, se fetal ou não, cujo conceito é dado no Anexo V.

• **Campo 8 – Óbito**: destina-se a colher informações sobre o momento temporal de ocorrência do evento.

› **Data**: anotar a data em que ocorreu o óbito. O ano deverá conter quatro algarismos.

› **Hora**: anotar a hora em que ocorreu o óbito. Este dado é de importância para o cartório.

• **Campo 9 – RIC**: este campo foi criado prevendo a utilização do registro de identificação civil, número único para cada cidadão, de acordo com a Lei 9.454, de 07 de abril de 1997 (3). Deve-se passar um traço neste campo nos estados onde o RIC não tiver ainda sido implantado.

• **Campo 10 – Naturalidade**: colocar o nome do município de onde era natural o falecido, com a sigla da respectiva unidade da federação. Em caso de desconhecimento do município, colocar a sigla do estado. Em caso de estrangeiros, anotar o país de origem. Se a naturalidade não for conhecida, colocar um traço (-).

• **Campo 11 – Nome do falecido**: anotar o nome completo do falecido.

• **Campo 12 – Nome do pai**: anotar o nome completo do pai do falecido, principalmente em caso de óbito fetal ou de menor de um ano de idade.

• **Campo 13 – Nome da mãe**: anotar o nome completo da mãe do falecido, principalmente em caso de óbito fetal ou de menor de um ano de idade.

•**Campo 14 – Data de nascimento**: anotar a data de nascimento do falecido. O ano deverá conter quatro algarismos.

• **Campo 15 – Idade**: Colocar a idade do falecido, como a seguir:

› **Anos completos**: colocar a idade do falecido em anos completos, quando for igual ou maior que um ano, ou quando a idade presumida estiver dentro destes limites;

› **Menores de um ano**: quando a idade do falecido for menor que um ano, este campo deverá ser preenchido do seguinte modo:

a) até um ano: colocar o número de meses completos de vida, se a criança tiver morrido com mais de um mês e menos de doze meses;

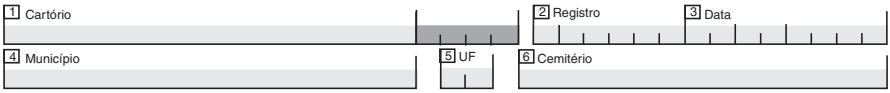
b) até um mês: colocar o número de dias de vida, no caso em que a criança tenha morrido com mais de um dia e menos de trinta dias;

c) até um dia: colocar o número de horas de vida, se a criança tiver morrido com mais de uma hora e menos de vinte e quatro horas;

d) até uma hora: colocar, se possível, o número de minutos de vida, se a criança tiver morrido com menos de sessenta minutos.

• **Campo 16 – Sexo**: assinalar com um **X** a quadrícula correspondente ao tipo de sexo: **M** se masculino, **F** se feminino e **I** se ignorado, que só deverá ser preenchido em casos especiais, quando for de todo impossível o conhecimento do sexo.

• **Campo 17 – Raça/cor**: assinalar a quadrícula correspondente com um **X**. Lembrar que esta variável não admite a alternativa Ignorada. Em caso de o óbito ser de indígena, marcar a quadrícula 5 e anotar a parte a etnia correspondente. Esta variável não se aplica a óbito fetal.



• **Campo 18 – Estado civil**: assinalar com um X a quadrícula correspondente ao estado civil do falecido. Não deve ser preenchida em caso de óbito fetal.

• **Campo 19 – Escolaridade**: este campo não deve ser preenchido em caso de óbito fetal. A quadrícula correspondente ao grau de escolaridade do falecido deverá ser assinalada com um **X**, lembrando que este campo se refere ao número de anos de estudos concluídos com aprovação:

1 - Nenhuma: não sabe ler e escrever;

2 - de um a três anos: curso de alfabetização de adultos, primário ou elementar, primeiro grau ou fundamental;

3 - de quatro a sete anos: primário ou elementar, primeiro grau, ginásio, fundamental ou médio primeiro ciclo;

4 - de oito a 11 anos: primeiro grau ou fundamental, ginasial ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo;

5 - 12 e mais: segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo e superior;

9 - Ignorado: se não houver como saber a escolaridade.

• **Campo 20 - Ocupação habitual e ramo de atividade**: este campo não deve ser preenchido para óbitos fetais nem para crianças com menos de cinco anos de idade. Ocupação habitual é o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa classificação. Não preencher com ocupações vagas, como vendedor, operário, etc., mas com o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operário têxtil, etc.

No caso de o falecido ser aposentado, deve ser colocada a ocupação habitual anterior. Anotar **estudante** se o falecido, por ocasião do óbito, apenas estudava e não desenvolvia nenhuma atividade regularmente remunerada.

O código correspondente à ocupação será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

Bloco III – Residência

Este bloco foi desmembrado do Bloco Identificação dos modelos anteriores, por questões operacionais, embora esta variável faça parte do conjunto de identificação do falecido.

• **Campo 21 – Logradouro**: anotar o endereço completo, com número e complemento. O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

• **Campo 22 – CEP**: este campo se refere ao Código de Endereçamento Postal, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

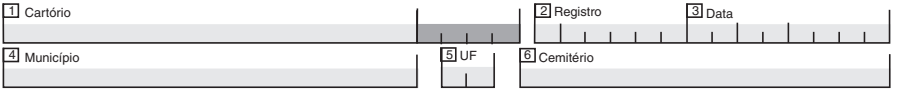
• **Campo 23 - Bairro/distrito**: anotar o bairro ou distrito do logradouro. O código correspondente será preenchido pelo setor responsável pelo processamento dos dados.

• **Campo 24 - Município de residência**: colocar o nome do município onde residia habitualmente o falecido. Em caso de óbito fetal, considerar o município de residência da mãe. O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados, utilizando o padrão do IBGE.

• **Campo 25 – UF**: anotar a sigla da unidade da federação correspondente.

Bloco IV – Ocorrência

Este bloco foi desmembrado do Bloco de Identificação, dos modelos anteriores. Destina-se a colher informações sobre o local (área física e não geográfica) onde ocorreu o óbito.



• **Campo 26 - Local de ocorrência do óbito**: é indispensável assinalar com um X a quadrícula correspondente:

1 - Hospital: se o óbito ocorreu em um estabelecimento de saúde que tem por finalidade básica prestar assistência médica, em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas com assistência médica permanente de pelo menos um médico (4);

2 - Outros Estabelecimentos de Saúde: se o óbito ocorreu em outros estabelecimentos que prestam atenção à saúde coletiva ou individual, que não sejam hospitais, como, por exemplo, postos e centros de saúde;

3 - Domicílio: se o óbito ocorreu em um domicílio;

4 - Via Pública: se o óbito ocorreu em uma via pública;

5 - Outros: se o óbito não ocorreu em um estabelecimento de saúde, nem em domicílio ou em via pública;

9 - Ignorado: se não houver como saber onde ocorreu o óbito.

• **Campo 27 – Estabelecimento**: este campo se refere ao nome do estabelecimento de saúde onde ocorreu o óbito, devendo ser preenchido apenas quando a informação prestada no campo 26 (local de ocorrência) tiver sido a alternativa 1 – Hospital ou 2 – Outros Estabelecimentos de Saúde. O código para o estabelecimento será preenchido pelo setor responsável pelo processamento dos dados, segundo o respectivo cadastro.

• **Campo 28 - Endereço da ocorrência**: preencher com o endereço completo. Este campo deverá ser preenchido quando o óbito tiver ocorrido fora de um estabelecimento de saúde ou da residência do falecido, principalmente quando a informação prestada no campo 26 (Local de Ocorrência) tiver sido a alternativa 4 – Via Pública ou 5 – Outros.

• **Campo 29 – CEP**: este campo se refere ao Código de Endereçamento Postal, conforme consta do Guia Postal Brasileiro, editado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos.

• **Campo 30 - Bairro/distrito**: anotar o bairro ou distrito do logradouro. O código correspondente será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

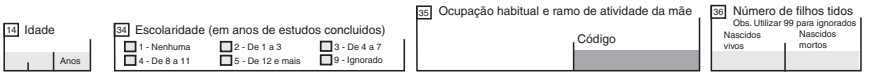
• **Campo 31 - Município de ocorrência**: colocar o nome do município onde ocorreu o óbito. O código corresponde ao do IBGE e será colocado no setor responsável pelo processamento dos dados.

• **Campo 32 – UF**: anotar a sigla do estado correspondente ao município onde ocorreu o óbito.

Bloco V – Óbito fetal ou menor de um ano

Este bloco se destina a colher informações sobre a mãe, no que se refere à idade, grau de escolaridade, ocupação, gestação, tipo de parto e peso do filho ao nascer. Deve ser obrigatoriamente preenchido em casos de óbito fetal ou óbito em menor de um ano.

1. Informações sobre a mãe



• **Campo 33 – Idade**: colocar a idade da mãe, em anos.

• **Campo 34 – Escolaridade**: a quadrícula correspondente ao grau de escolaridade da mãe deverá ser assinalada com um **X**, lembrando que este campo se refere ao número de anos de estudos concluídos com aprovação:

1 - Nenhuma: não sabe ler e escrever;

2 - de um a três anos: curso de alfabetização de adultos, primário ou elementar, primeiro grau ou fundamental;

3 - de quatro a sete anos: primário ou elementar, primeiro grau, fundamental, ginásio ou médio primeiro ciclo;

4 - de oito a 11 anos: primeiro grau, fundamental, ginasial ou médio primeiro ciclo, segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo;

5 - 12 e mais: segundo grau, colegial ou médio segundo ciclo e superior;

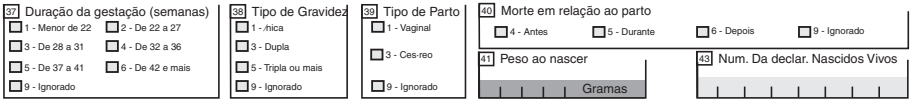
9 - Ignorado: se não houver como saber a escolaridade.

• **Campo 35 - Ocupação e ramo de atividade da mãe**: este campo se refere ao tipo de trabalho desenvolvido pela mãe. A informação deve ser detalhada de modo a permitir uma boa classificação. No caso de a mãe ser aposentada, deve ser colocada a ocupação habitual anterior. Anotar **estudante**, se a mãe apenas estudar, sem desenvolver nenhuma atividade remunerada.

O código correspondente à ocupação será preenchido no setor responsável pelo processamento dos dados.

• **Campo 36 - Número de filhos tidos**: destina-se a informações sobre o número de filhos tidos, quer vivos, quer mortos, inclusive abortamentos. Esta variável deverá ser preenchida com dois algarismos para cada tipo. Se não houver informação a respeito, colocar 99.

Lembrar que esta variável inclui o nascido morto a que se referir a declaração.



• **Campo 37 - Duração da gestação**: assinalar com um **X** a quadrícula correspondente à duração da gestação, expressa em semanas.

• **Campo 38 - Tipo de gravidez**: assinalar com um **X** a quadrícula correspondente ao tipo de gravidez. Cada alternativa se refere ao número de conceptos para cada tipo, isto é, um feto, dois, três ou mais.

• **Campo 39 - Tipo de parto**: o tipo de parto deverá ser informado com a colocação de um **X** na quadrícula correspondente. A alternativa **Vaginal** inclui todos os partos por via baixa, incluindo fórceps e vácuo-extrator.

• **Campo 40 - Morte em relação ao parto**: assinalar com um **X** a quadrícula correspondente ao óbito em relação ao parto, isto é, se ocorreu antes, durante ou depois.

• **Campo 41 - Peso ao nascer**: anotar o peso em gramas (quatro algarismos).

• **Campo 42 - Número da declaração de nascido vivo**: anotar o número da Declaração de Nascido Vivo (DN).

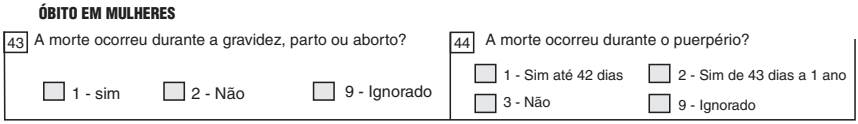
Bloco VI – Condições e causas do óbito

Este bloco se destina a qualificar as condições e causas que provocaram o óbito. Contempla o modelo internacional de Atestado de Óbito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1948.

O preenchimento deste bloco é de responsabilidade exclusiva do médico e deverá ser preenchido para qualquer tipo de óbito, fetal ou não fetal.

Óbitos em mulheres

Os campos 43 e 44 devem ser preenchidos somente para os casos de óbitos em mulheres na idade considerada fértil, adotada a faixa de dez a 54 anos.



• **Campo 43 - A Morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?** neste campo, informar com um **X**, na quadrícula correspondente, se o óbito ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto. A resposta Sim se aplica tanto à gravidez quanto ao parto ou aborto.

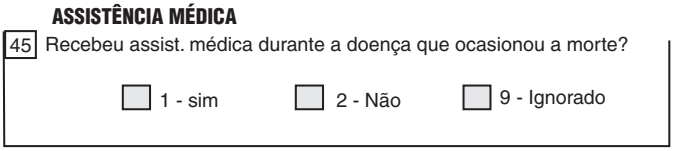
• **Campo 44 - A Morte ocorreu durante o puerpério?** assinalar com um **X** a quadrícula correspondente, do seguinte modo:

1 - Sim, até 42 dias: se o óbito ocorreu durante os primeiros 42 dias do puerpério;

2 - Sim, de 43 dias a um ano: se o óbito ocorreu entre o 43º e o 365º dia do puerpério;

3 - Não: se a morte não teve relação com os períodos acima;

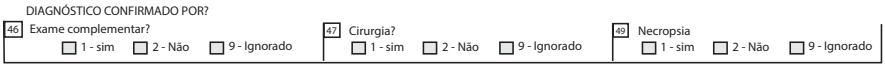
9 - Ignorado: se a informação não puder ser conseguida.



• **Campo 45 - Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?** assinalar com um **X** a quadrícula correspondente à alternativa escolhida. Este campo deve ser preenchido com cuidado: a resposta **Sim** significa que o falecido, durante a doença que ocasionou a morte, teve assistência médica todo o tempo; a resposta **Não** significa que o falecido não teve assistência médica continuada, talvez tendo apenas por ocasião do óbito.

Diagnóstico confirmado por:

Este campo se destina a colher informações subsidiárias ao diagnóstico, para uma melhor confirmação do mesmo. Marcar com um **X** a quadrícula correspondente à resposta, em cada um dos três campos a seguir (46, 47 e 48):



• **Campo 46 - Exame complementar?**

• **Campo 47 - Cirurgia?**

• **Campo 48 - Necropsia?**

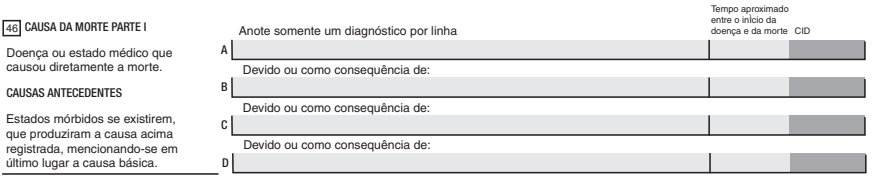
• **Campo 49 - Causas de morte:** o correto preenchimento deste campo fornece valiosa informação para a construção do perfil epidemiológico da população para as três instâncias: federal, estadual e municipal. O conceito de causa de morte está descrito no Anexo V - Definições.

A causa básica é definida como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

As causas de morte são preenchidas pelo médico e posteriormente recebem um código segundo a CID-10 (6). As áreas sombreadas em frente a cada alínea não devem ser preenchidas pelo médico, mas por técnicos do setor de processamento de dados, mais especificamente pelos codificadores. Não devem ser incluídos sintomas e causas terminais, como insuficiência cardíaca ou insuficiência respiratória.

A declaração das causas de morte é feita no Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte, utilizado em todos os países e recomendado pela Assembleia Mundial de Saúde, em 1948. Este modelo consta das partes I e II, ressaltando-se que a parte I apresenta uma quarta linha **d**, não existente nos modelos anteriores.

- **Parte I**



Tradicionalmente, as estatísticas de mortalidade segundo causas de morte são produzidas atribuindo-se ao óbito uma só causa, chamada causa básica, definida anteriormente. A causa básica, em vista de recomendação internacional, tem que ser declarada na última linha da parte I, enquanto que as causas consequenciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas anteriores.

É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população. Nos casos de óbitos fetais, não se deve anotar o termo "natimorto", mas sim a causa ou causas do óbito fetal.

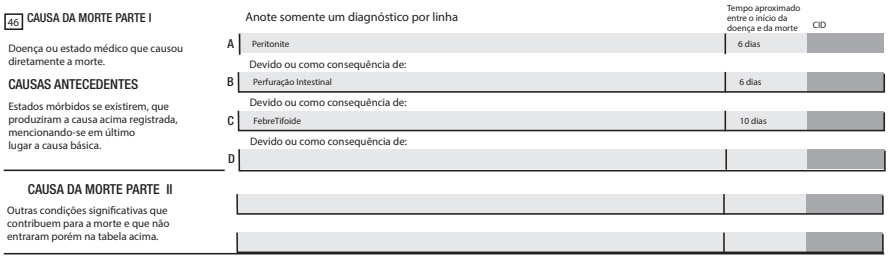
- **Parte II**

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas causas contribuintes.

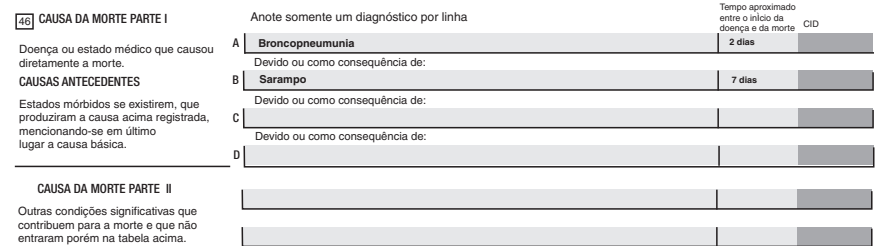
• Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: este espaço deverá sempre ser preenchido. O que se pretende é estabelecer o tempo aproximado entre o início do processo mórbido e a morte, embora isto nem sempre seja possível, como nos casos de doenças crônicas ou degenerativas. Quando este tempo não puder ser estabelecido, anotar **Ignorado**.

Os exemplos a seguir esclarecem melhor o modo do preenchimento destas duas partes:

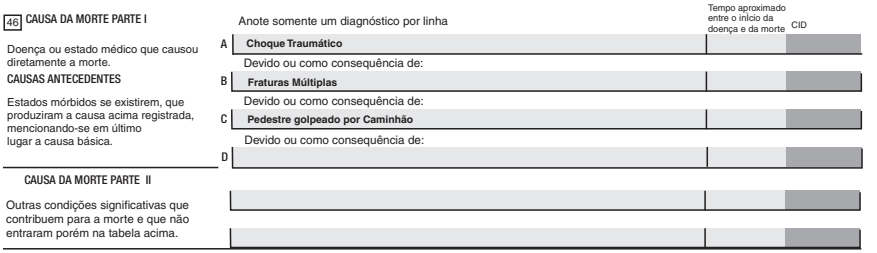
Exemplo 1: Paciente tinha febre tifoide e apresentou perfuração intestinal, falecendo em consequência de peritonite. Neste caso, a causa básica é febre tifoide e as complicações, ou causas consequenciais, são a perfuração intestinal e a peritonite. Esta última é chamada consequencial terminal ou simplesmente causa terminal. O atestado deverá ser preenchido da seguinte maneira:



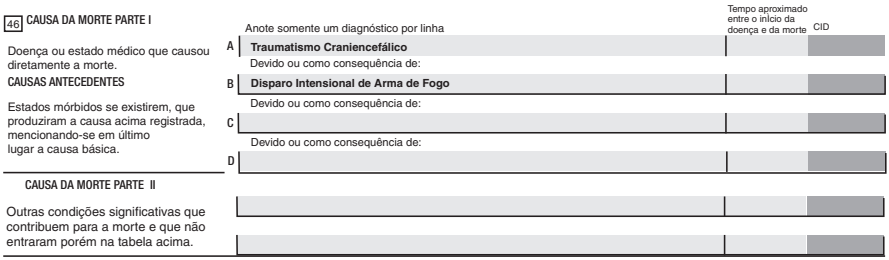
Exemplo 2: A criança apresentou sarampo e teve como complicação broncopneumonia, falecendo em consequência desta. Neste caso, a causa básica sarampo deu origem à broncopneumonia, que foi a causa terminal. O atestado poderá ser preenchido como a seguir, sendo que a causa básica foi registrada na alínea b, ficando as demais em branco.



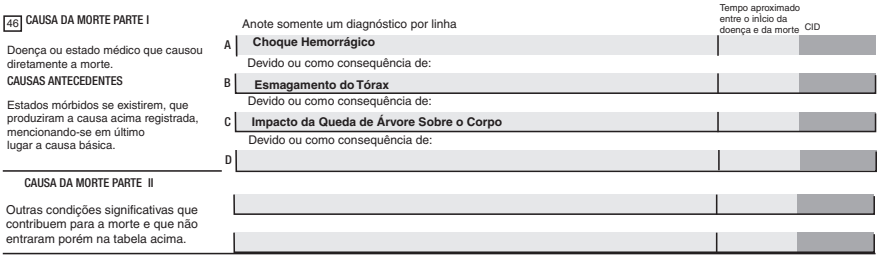
Exemplo 3: Pedestre atingido por caminhão sofreu fraturas múltiplas, falecendo em consequência do choque traumático. Neste caso, a causa básica é pedestre golpeado por caminhão (acidente de trânsito), conforme a seguir:



Exemplo 4: Falecimento de homem com traumatismo cranioencefálico como consequência de disparo intencional de arma de fogo. A causa básica é a causa externa, como a seguir:



Exemplo 5: Falecimento de homem com choque hemorrágico devido a esmagamento de órgãos internos, causado pelo impacto de queda de árvore sobre seu corpo. Neste caso as causas de morte são:



Exemplo 6: Criança de seis meses deu entrada no pronto-socorro com história de três dias de diarreia, que se intensificou nas últimas doze horas. Examinada, mostrava-se desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de intensa desidratação, evidências de desnutrição. O preenchimento deve ser feito da seguinte forma:

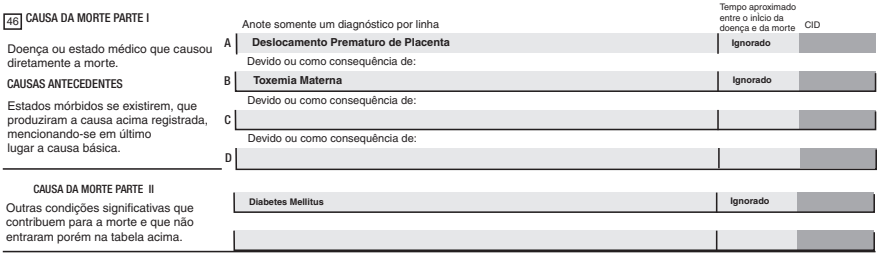
Os dois exemplos a seguir se referem a óbitos fetais:

46 CAUSA DA MORTE PARTE I		Anote somente um diagnóstico por linha	Tempo aproximado entre o início da doença e da morte	CID
Doença ou estado médico que causou diretamente a morte.	A	Desidratação	Ignorado	
		Devido ou como consequência de:		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	B	Diarreia	3 dias	
		Devido ou como consequência de:		
	C	Desnutrição	Ignorado	
		Devido ou como consequência de:		
	D			
CAUSA DA MORTE PARTE II Outras condições significativas que contribuem para a morte e que não entraram porém na tabela acima.				

Exemplo 7: Membranas rompidas prematuramente com trinta e três semanas de gestação. Desenvolvimento de infecção intrauterina. A mãe entrou em trabalho de parto cinco dias após a ruptura das membranas. O feto faleceu neste período. Neste caso, as causas de morte são:

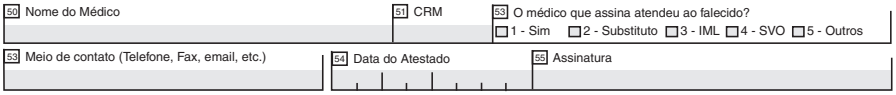
46 CAUSA DA MORTE PARTE I		Anote somente um diagnóstico por linha	Tempo aproximado entre o início da doença e da morte	CID
Doença ou estado médico que causou diretamente a morte.	A	**Infecção Intra-uterina**	**Ignorado**	
		Devido ou como consequência de:		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	B	**Ruptura Prematura de Membrana**	**5 dias**	
		Devido ou como consequência de:		
	C			
		Devido ou como consequência de:		
	D			
CAUSA DA MORTE PARTE II Outras condições significativas que contribuem para a morte e que não entraram porém na tabela acima.				

Exemplo 8: Mulher com diabetes *mellitus* desenvolveu uma toxemia severa durante a gravidez. A placenta descolou prematuramente, foi realizada uma cesária e o feto morreu durante esse período. O preenchimento da causa de morte deve ser feito como no modelo a seguir:



Bloco VII – Médico

Este bloco se destina a colher informações básicas sobre o médico que assina a Declaração de Óbito (DO).



• **Campo 50 - Nome do médico:** anotar o nome completo do médico, que assina (Campo 55) a Declaração de Óbito (DO).

• **Campo 51 - CRM:** anotar o número de inscrição do médico atestante no Conselho Regional de Medicina da unidade da federação.

• **Campo 52 - O médico que assina atendeu ao falecido?** este campo se refere à condição do médico atestante e deve ser preenchido com um **X** na quadrícula apropriada, considerando-se o seguinte:

1) Sim: quando o médico que assina a Declaração tiver efetivamente atendido ao paciente durante a doença que ocasionou o óbito, ou à mãe, em caso de óbito fetal;

2) Substituto: quando o médico que assina a DO for plantonista, residente, chefe de equipe, etc., que não tenha acompanhado o falecido durante a doença, mas apenas por ocasião da morte;

3) IML: quando o médico que assina a DO pertencer ao Instituto Médico-Legal;

4) SVO: quando o médico que assina a DO pertencer ao Serviço de Verificação de Óbitos;

5) Outros: quando o médico que assina a DO não atendeu ao falecido durante a doença ou por ocasião da morte, ou à mãe, em caso de óbito fetal, ou os casos que não estão enquadrados nas categorias anteriores.

• **Campo 53 - Meio de contato:** neste campo deverá ser anotado o meio mais fácil de se entrar em contato com o médico que assinou a Declaração de Óbito, tal como telefone, fac-símile, e-mail ou outro qualquer.

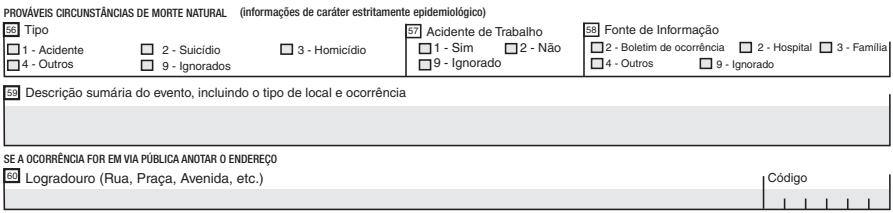
• **Campo 54 - Data do atestado:** colocar a data em que o atestado foi assinado, com o ano com quatro algarismos.

• **Campo 55 - Assinatura:** espaço destinado à assinatura do médico atestante.

Bloco VIII - Causas Externas

1. Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico)

Este bloco se refere às causas externas de óbito (nos modelos anteriores era o Bloco VI). As informações relativas às mortes violentas e acidentais (não naturais) são de grande importância epidemiológica e são um complemento ao Bloco VI - Condições e Causas do Óbito. Correspondem ao Capítulo XX da CID-10 - Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade (6).


PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)

56 Tipo
☐ 1 - Acidente ☐ 2 - Suicídio ☐ 3 - Homicídio
☐ 4 - Outros ☐ 9 - Ignorados

57 Acidente de Trabalho
☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não
☐ 9 - Ignorado

58 Fonte de Informação
☐ 2 - Boletim de ocorrência ☐ 2 - Hospital ☐ 3 - Família
☐ 4 - Outros ☐ 9 - Ignorado

59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local e ocorrência

SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA ANOTAR O ENDEREÇO

60 Logradouro (Rua, Praça, Avenida, etc.) Código

• **Campo 56 – Tipo:** assinalar com um **X** a quadrícula correspondente ao tipo de morte violenta ou a circunstância em que se deu a morte não natural. As alternativas são: Acidente, Suicídio, Homicídio, Outros e Ignorado, que, no Capítulo XX da CID- 10 (6), são classificados do seguinte modo:

1 - Acidentes: V01 a X59;

2 - Suicídios: denominados **Lesões autoprovocadas voluntariamente** - X60 a X84;

3 - Homicídios: denominados simplesmente **Agressões** - X85 a Y09;

4 - Outros: abrange o restante do Capítulo XX, cujos diagnósticos não se enquadram em nenhum dos anteriores.

• **Campo 57 - Acidente de trabalho:** assinalar com um **X** a quadrícula correspondente à alternativa, quando o evento que desencadeou o óbito estiver relacionado ao processo de trabalho.

• **Campo 58 - Fonte da informação:** este campo fornece informações complementares para as mortes ocasionadas por causas externas. Assinalar com um **X** a quadrícula correspondente à alternativa escolhida.

• **Campo 59 - Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência:** deverá ser feita uma descrição sucinta, sem perder a clareza, do tipo de lesão e as prováveis circunstâncias que a motivaram, bem como o tipo do local (via pública, residência, etc.).

• **Campo 60 - Se a ocorrência for em via pública, anotar o endereço**: colocar o nome do logradouro onde ocorreu a violência ou acidente que produziu a lesão fatal.

Bloco IX – Localidade sem médico

Este bloco deverá ser preenchido no caso de óbitos ocorridos em localidades onde não exista médico. Neste caso, seu preenchimento ficará a cargo do cartório de registro civil, segundo o prescrito na Lei do Registro Civil, conforme citado a seguir:

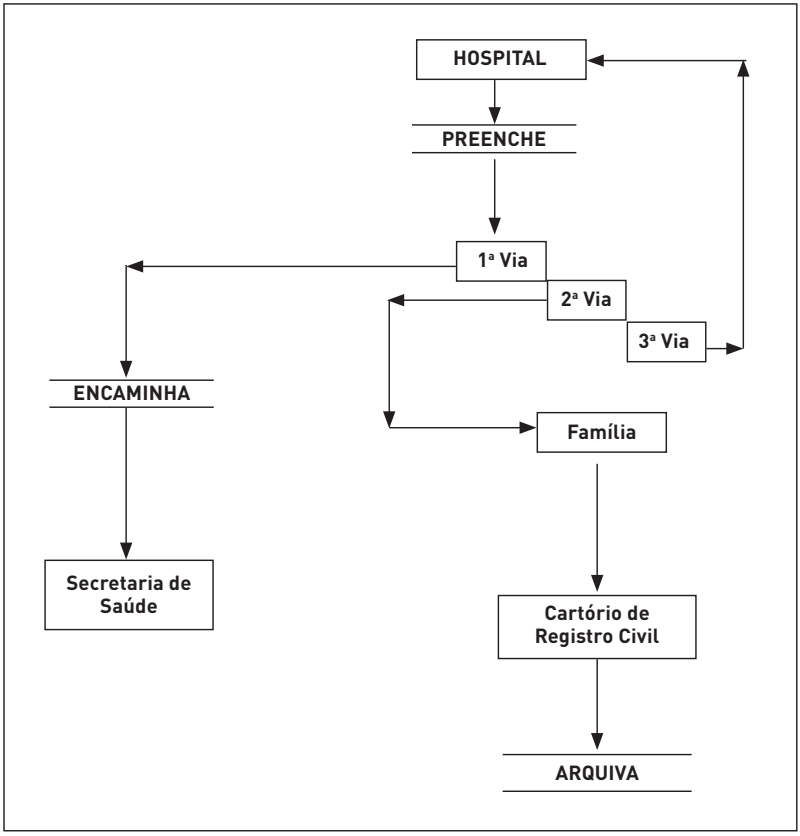
> *Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar,* ***ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte.***

• **Campo 61 - Declarante**: deverá conter o nome completo do declarante e sua assinatura.

• **Campo 62 - Testemunhas**: cada uma das testemunhas deverá assinar numa das linhas, sendo conveniente a colocação do número de um documento de identidade (RG, CPF, etc.).

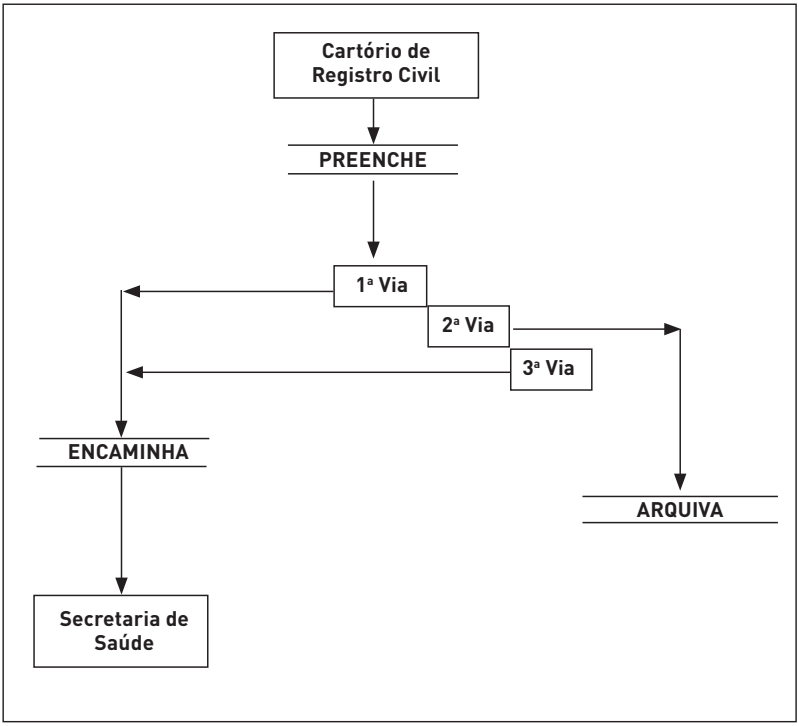
Anexo I

Fluxo da Informação óbitos naturais ocorridos em Estabelecimentos de Saúde.



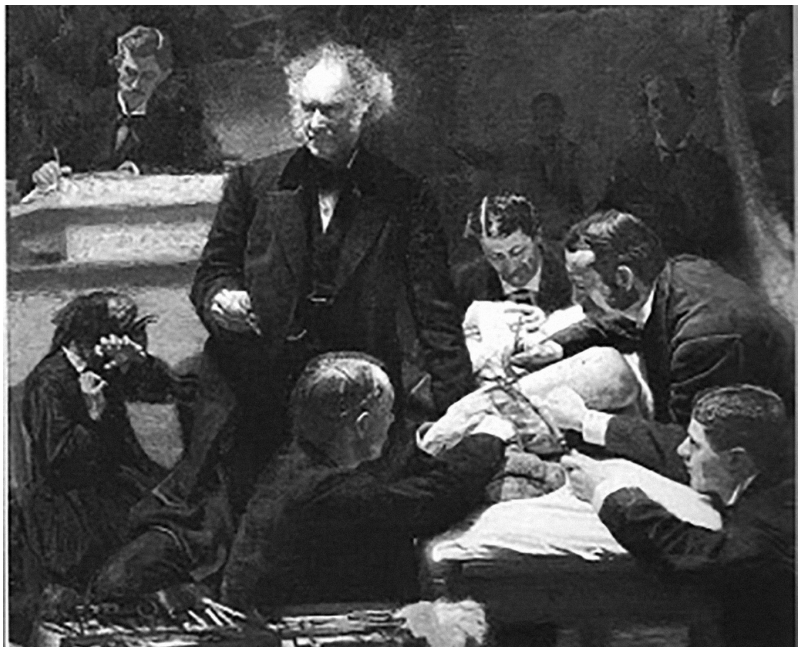
Anexo II

Óbitos por causas naturais em localidades sem médico.



CAPÍTULO 3

DEFINIÇÕES



Clínica Gross. Thomas Eakins, 1875 Jefferson Medical College, Philadelphia

Definições

Estas definições foram adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde (Resoluções WHA20.19 e WHA43.24), de acordo com o artigo 23 da Constituição da Organização Mundial de Saúde, e constam na CID-10 (6).

1. Causas de morte

As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziram essas lesões.

2. Causa básica de morte

A causa básica de morte é; (a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou (b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

3. Definições em relação à mortalidade fetal, neonatal

3.1 Nascimento vivo

Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produ-

to de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

3.2 Óbito fetal

Óbito fetal é a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

3.3 Óbito neonatal

O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida.

4. Definições relacionadas com a mortalidade materna

4.1 Morte materna

Define-se morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, em virtude de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não em razão de causas acidentais ou incidentais.

4.2 Morte materna tardia

É a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias, mas menos de um ano, após o término da gravidez.

4.3 Morte relacionada à gestação

É a morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gravidez, qualquer que tenha sido a causa da morte. As mortes maternas podem ser subdivididas em dois grupos:

a) Mortes obstétricas diretas. Aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, em virtude de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas.

b) Mortes obstétricas indiretas. Aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

CAPÍTULO 4

LEGISLAÇÃO

Lição de Anatomia do Dr. Willem van der Mer Quadro de van Mierevelt, 1617. Museu de Delft

Legislação

Assim como o nascimento que o Código Civil em seu artigo 2º diz que: "A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro" a morte também é um acontecimento fundamental, pois coloca final a existência e personalidade jurídica, conforme o Código Civil, artigo 6º: "A existência da pessoa natural termina com a morte; presume-se esta, quanto aos ausentes, nos casos em que a lei autoriza a abertura de sucessão definitiva". Diante da importância do acontecimento o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito:

RESOLUÇÃO CFM 1.779/2005

(PUBLICADA NO D.O.U., 05 DE DEZEMBRO DE 2005, SEÇÃO I, P. 121)

Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM 1.601/2000.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica: "Art. 14. O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 44. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110. Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 115. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta";

CONSIDERANDO que Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a Declaração de Óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que a morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que diretamente causaram o óbito;

CONSIDERANDO que a morte não natural é aquela que sobrevém em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em sessão plenária realizada em 11 de novembro de 2005,

RESOLVE:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão as seguintes normas:

1) Morte natural:

I - Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO: A Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II - Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO.

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM 1.601/2000.

Brasília-DF, 11 de novembro de 2005.

A legislação que trata da Declaração de Óbito é, basicamente, a seguinte:

LEI DOS REGISTROS PÚBLICOS

Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973,
alterada pela Lei 6.216, de junho de 1975. (1)

Capítulo IX – do óbito

Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão de Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º a cremação do cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado, ou no interesse da saúde pública, e se o atestado de óbito tiver sido firmado por dois médicos ou por um médico legista, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciaria.

LEGISLAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Código de Ética Médica (2) no capítulo X, estabelece que:

É vedado ao médico:

Art. 39. Receitar ou atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituário, atestados laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.

Art. 82. Usar formulários de instituições públicas para prescrever ou atestar fatos verificados em clínica privada.

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.

Art. 84. Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

Art. 91. Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu representante legal.

No documento oficial, chamado Declaração de Óbito, comumente conhecido como Atestado de Óbito, há uma parte que corresponde ao atestado médico (campos 43-9). Na prática, as expressões Declaração de Óbito e Atestado de Óbito são usadas como sinônimos. De acordo com a lei, apenas na situação especial da inexistência de médico, pessoas idôneas podem ser nomeadas para que verifiquem a morte de outra pessoa. Nas demais situações a Declaração de Óbito deve obrigatoriamente ser preenchida e assinada por médico.

Podemos dividir as dúvidas do dia a dia em três partes:

1 - Informações para o preenchimento correto dos atestados de óbito.

2 - Orientação para situações de morte indeterminada, com difícil acesso ao IML.

3 - Orientação para o caso em que os familiares não desejam seja o corpo encaminhado ao IML.

Vejamos cada uma das situações propostas:

I – INFORMAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO CORRETO DOS ATESTADOS DE ÓBITO

O atestado de óbito é documento indispensável para o registro civil do óbito em cartório, que expedirá a certidão de óbito. Em não havendo o registro em cartório, não é possível realizar o sepultamento (Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973). Além de sua importância legal, o atestado de óbito é fundamental para esclarecer a causa jurídica da morte (natural ou violenta) e a causa médica da morte, essencial para planejar ações que previnam mortes evitáveis e ações que promovam a qualidade de vida da população. (5)

A Resolução CFM 1.779/2005 responde claramente quando deve o médico preencher a Declaração de Óbito. Após vários considerandos, a Resolução estabelece que:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural:

I - Morte sem assistência médica:

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos (SVO): a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do SVO;

b) Nas localidades sem SVO: a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II - Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente;

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição;

c) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;

d) A Declaração de Óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

2) Morte fetal:

Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não naturais:

A Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único. Nas localidades onde existir apenas 1 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito.

Vejamos algumas particularidades de como preencher corretamente a Declaração de Óbito e o porquê de preenchê-la corretamente.

A Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (5) chama a atenção para a importância das informações em cada área da Declaração de Óbito, quais sejam:

» Identificação do falecido: (área II – campos 7 a 20) permitem avaliar as condições de vida do mesmo. A escolaridade e a ocupação habitual são utilizadas como indicadores da inserção social do falecido e do risco ocupacional.

» Residência (área III – campos 21 a 25) permitem a localização, no mapa da cidade, dos óbitos ocorridos e o planejamento de ações de Vigilância da Saúde adequadas às peculiaridades de cada território.

» Óbito fetal de menor de um ano (área V – campos 33 a 42) permite o planejamento de programas direcionados à diminuição da mortalidade infantil.

» Óbito feminino em idade fértil – 10 a 49 anos (Campos 43-44) permitem a atuação mais eficaz dos programas dirigidos à saúde da mulher e à diminuição da mortalidade materna.

As causas de morte: O campo 49 refere-se às condições e causas de morte e seu registro possibilita a seleção correta da causa básica do óbito (5). O preenchimento correto deste campo é obrigatório. A partir dele serão obtidas informações para a construção do perfil epidemiológico da população para os níveis municipal, estadual e federal.

> *O conceito de causa de morte está descrito em anexo, conforme consta no Manual de Instrução para o Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde. (6)*

A causa básica é definida como "a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal".

As causas de morte são preenchidas pelo médico. O código segundo a CID-10 será colocado posteriormente, por técnicos do setor de processamento de dados (codificadores).

A declaração das causas de morte é feita no Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte, recomendado pela Assembleia Mundial de Saúde, em 1948, utilizado em todos os países. No modelo atual, na parte I do documento há uma quarta linha d, que não existia nos modelos anteriores. A parte II não sofreu modificação alguma.

49 – Causa da morte | Parte I
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte
a) Devido ou como consequência de:
b)Devido ou como consequência de:
c) Devido ou como consequência de:

Observações: Parte I

» As estatísticas de mortalidade segundo causas de morte são produzidas atribuindo-se ao óbito uma só causa, chamada causa básica.

» A causa básica, por recomendação internacional, tem que ser declarada na última linha da parte I (d), enquanto que as causas consequenciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas superiores (c, b, a).

» A declaração correta da causa básica na última linha (d) é fundamental para que se tenha dados confiáveis e comprováveis sobre a mortalidade segundo a causa básica ou primária. Assim se poderá traçar o perfil epidemiológico da população.

O Manual de Instrução para o preenchimento da Declaração de Óbito chama ainda a atenção para o seguinte:

» nos casos de óbitos fetais, não se deve anotar o termo natimorto, mas sim a causa do óbito fetal.

» não devem ser incluídos sintomas e causas terminais, como insuficiência cardíaca ou insuficiência respiratória.

Observações: Parte II

49 – Causa da morte | Parte II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo do médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo para a morte, mas não relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito.

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: este espaço deverá ser preenchido e visa a estabelecer o tempo aproximado entre o início do processo mórbido e a morte. Quando este tempo não puder ser estabelecido, anotar **ignorado**.

Vejamos, como exemplo, um caso clínico apresentado na publicação Declaração de Óbito, da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre (5)

Vejamos dois exemplos, constantes no Manual de Instrução para o preenchimento de Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde:

> *"Falecimento de homem com traumatismo cranioencefálico como consequência de disparo intencional de arma de fogo."*

A causa básica é externa, como a seguir.

Parte I
a –
b –
c – Traumatismo crânio-encefálico
d - Disparo intencional de arma de fogo (causa básica da morte)
Parte II
.....
.....

> *"Criança de seis meses deu entrada no pronto-socorro com história de três dias de diarreia, que se intensificou nas últimas 12 horas. Examinada, mostrava-se desidratada, prostrada, reagindo pouco aos estímulos, com choro débil. Foi iniciada a reidratação, porém a criança faleceu quarenta e cinco minutos após a internação. O exame físico revelou, além dos sinais de intensa desidratação, evidências de desnutrição."*

O preenchimento deve ser feito da seguinte forma:

Parte I	**Tempo aproximado**	**CID**
a –		
b – Desidratação	Ignorado	
c – Diarreia	3 dias	
d – Desnutrição	Ignorado	

Parte II
.....
.....

Exemplo de óbito fetal:

> *"Mulher com diabetes mellitus desenvolveu uma toxemia severa durante a gravidez. A placenta descolou prematuramente, foi realizada uma cesárea e o feto morreu durante esse período."*

O preenchimento da causa de morte deve ser feito como a seguir:

Parte I	**Tempo aproximado**	**CID**
a –		
b – Anóxia fetal		
c – Descolamento prematuro de placenta	Ignorado	
d – Toxemia materna	Ignorado	
Parte I	**Tempo aproximado**	**CID**
a – Diabetes Mellitus	Ignorado	

Como se depreende dos exemplos, a causa básica da morte deve ser anotada sempre na última linha (d).

II – ORIENTAÇÃO PARA SITUAÇÕES DE MORTE INDETERMINADA, COM DIFÍCIL ACESSO AO IML

As mortes de causas violentas imediatas ou tardias estão bem definidas e ordenadas em lei. O corpo do falecido estará tutelado pelo estado até que seja realizada a perícia médico-legal quando então será o cadáver entregue à família ou a quem de direito (3).

As mortes de causa suspeita compreendem parte da morte violenta, até que se prove em contrário. Para que haja suspeição é preciso que haja o interesse ativo de quem suspeita, vinculado a uma justificativa. Quem suspeita tem a obrigação de comunicar a uma Autoridade Policial ou ao Ministério Público, que solicitarão a perícia médico-legal.

Os autores do Parecer 57/1999 (3) do Conselho Federal de Medicina procuram deixar claro que morte suspeita é bem diferente de morte por causa desconhecida, mesmo que súbita. A morte por causa

desconhecida deverá ser investigada por meio de necropsia clínica e anatomopatológica e não em perícia médico-legal.

Em caso de pacientes que falecem sem assistência médica, sem acompanhamento médico anterior, o atestado de óbito deverá ser preenchido:

1º por médico do serviço de verificação de óbito, onde houver;

2º por médico de pronto-socorro ou de posto de saúde, ou exercendo atividade pública onde não houver serviço de verificação de óbito;

3º por outro médico, quando único na localidade em que falece o paciente.

No atestado de óbito deverá constar sempre "morte sem assistência médica".

III – ORIENTAÇÃO PARA O CASO EM QUE OS FAMILIARES NÃO DESEJAM SEJA O CORPO ENCAMINHADO AO IML[1]

A questão já foi contemplada nas respostas anteriores, mas, em síntese, podemos dizer:

- Casos de morte suspeita: a suspeição deverá ser comunicada à autoridade policial ou ao Ministério Público, que deverão solicitar a perícia médico-legal.

---

1. BRASIL – Leis e decretos. Registros Públicos. Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973.
2. CFM – Resolução 1.931/1999. Código de Ética Médica.
3. CFM – Parecer 57, aprovado em 30 de setembro de 1999.
4. CFM – Resolução 1.601/2000.
5. **Declaração de Óbito** – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Porto Alegre – 2001.
6. Ministério da Saúde – Fundação Nacional da Saúde. Cenepi. Coordenação de Informações e Análises da Situação de Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade** – Manual de Procedimentos. Brasília. Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação, 1999.

- Casos de morte de causa indeterminada, súbita, sem assistência médica: resposta no item II.

O Conselho Federal de Medicina editou a Resolução CFM 2.171/2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de óbito, que se tornam obrigatórias em todas as instituições hospitalares e Unidades Pronto Atendimento e outros que normatizam o fornecimento do atestado de óbito.

RESOLUÇÃO CFM 2.171/2017

PUBLICADA NO D.O.U. DE 08 DE JANEIRO DE 2018, SEÇÃO I, P.91

Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que a Resolução CFM 2.147/2016 reconhece ser o Diretor Técnico, nos termos da Lei, a autoridade responsável, junto aos Conselhos Regionais de Medicina e autoridades sanitárias, pelos aspectos formais do funcionamento das unidades assistenciais de saúde que representa, cabendo zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

CONSIDERANDO que o Parecer CFM 20/2015, de 22 de maio de 2015, estabelece que a Comissão de Óbito tem atividade exclusiva e funções específicas, sendo obrigatória nos estabelecimentos hospitalares públicos e privados;

CONSIDERANDO que a Portaria MS 170, de 17 de dezembro de 1993, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para credenciamento em alta complexidade em oncologia;

CONSIDERANDO que a Portaria Interministerial MS/MEC 1.000, de 15 de abril de 2004, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito nos Hospitais de Ensino;

CONSIDERANDO que a Portaria MS/GM 1.405, de 29 de junho de 2006, institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos de Causas Mortis;

CONSIDERANDO que a Portaria MS 3.123, de 7 de dezembro de 2006, estabelece a obrigatoriedade da Comissão de Revisão de Óbito para o processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde; e

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 26 de outubro de 2017,

RESOLVE:

Art. 1º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Óbito em todas as unidades hospitalares e UPA, adequando-se as já existentes às normas desta resolução.

Art. 2º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

Art. 3º Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

> **§ 1º** Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.
>
> **§ 2º** Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.
>
> **§ 3º** O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 6º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 7º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbitos, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 8º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas devem ser encaminhados ao diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 9º É vedado a utilização do termo *morte evitável* para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como *óbito a esclarecer*.

Art. 10. Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 11. A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 12. A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

Art. 13. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, 30 de outubro de 2017.

RESOLUÇÃO CFM 2.110/2014

(PUBLICADA DO D.O.U. EM 19 DE NOVEMBRO DE 2014, SEÇÃO I, P. 199)

Modificada pela Resolução CFM 2.132/2015 -
Modificada pela Resolução CFM 2.139/2016

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.

...

Art. 23. O médico intervencionista, quando envolvido em atendimento que resulte em óbito de suposta causa violenta ou não natural (homicídio, acidente, suicídio, morte suspeita), deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador, que adotará as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal (IML).

Parágrafo único. Em caso de atendimento a paciente que resulte em morte natural (com ou sem assistência médica) ou óbito fetal em que estiver envolvido, o médico intervencionista deverá observar o disposto na Resolução CFM 1.779/2005 em relação ao

fornecimento da Declaração de Óbito. (Redação dada pela Resolução CFM 2.139/2016)

Art. 24. Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 25 de setembro de 2014.

RESOLUÇÃO CFM 2.139/2016

(PUBLICADA NO D.O.U. DE 06 DE MAIO DE 2016, SEÇÃO I, P. 284)

Altera o artigo 23 da Resolução CFM 2.110, publicada no D.O.U. de 19 de novembro de 2014, Seção I, p. 199, e revoga a Resolução CFM 2.132/2015, publicada no D.O.U. de 13 de janeiro de 2016, Seção I, p. 67.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2014, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto 6.821, de 14 de abril de 2009, e pela Lei 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO a Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências,

CONSIDERANDO que o estabelecido no artigo 23 da Resolução CFM 2.110/2014 vai de encontro ao normatizado na Resolução CFM 1.779, de 11 de novembro de 2005, publicada no D.O.U. de 5 de dezembro de 2005, Seção I, p. 121,

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em reunião plenária de 25 de fevereiro de 2016;

RESOLVE:

Art. 1º O artigo 23 da Resolução CFM 2.110/2014 passa a vigorar com a seguinte redação:

> **Art. 23.** O médico intervencionista, quando envolvido em atendimento que resulte em óbito de suposta causa violenta ou não natural (homicídio, acidente, suicídio, morte suspeita), deverá obrigatoriamente constatá-lo, mas não atestá-lo. Neste caso, deverá comunicar o fato ao médico regulador,

que adotará as medidas necessárias para o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal (IML).

Parágrafo único. Em caso de atendimento a paciente que resulte em morte natural (com ou sem assistência médica) ou óbito fetal em que estiver envolvido, o médico intervencionista deverá observar o disposto na Resolução CFM 1.779/2005 em relação ao fornecimento da Declaração de Óbito.

Art. 2º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Esta resolução revoga a Resolução CFM 2.132/2015, publicada no D.O.U. de 13 de janeiro de 2016, Seção I, p. 67.

Brasília-DF, 25 de fevereiro de 2016.

RESOLUÇÃO CFM 1.641/2002

Veda a emissão, pelo médico, de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não médico e dá outras providências.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO que toda atividade médica deve servir aos melhores interesses da sociedade e da humanidade;

CONSIDERANDO que a práxis médica, inclusive a Declaração de Óbito, não deve servir para encobrir qualquer violação de norma legal ou dos direitos humanos;

CONSIDERANDO que o ato médico não deve encobrir, especialmente, os danos causados a alguma pessoa por quem exerce ilegalmente ou ilegitimamente a Medicina;

CONSIDERANDO que todos os procedimentos terapêuticos decorrem do diagnóstico das entidades clínicas a que pretendem tratar;

CONSIDERANDO que o diagnóstico de doenças humanas e a indicação das providências são atos privativos de médicos, excetuando a competência legal dos profissionais da odontologia;

CONSIDERANDO que atos privativos de médicos vêm sendo performados por profissionais não médicos, o que pode provocar danos à saúde dos pacientes ou, até mesmo, levar ao óbito;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 12 de julho de 2002.

RESOLVE:

Art. 1º É vedado aos médicos conceder Declaração de Óbito em que o evento que levou à morte possa ter sido alguma medida com intenção diagnóstica ou terapêutica indicada por agente não médico ou realizada por quem não esteja habilitado para fazê-lo, devendo, neste caso, tal fato ser comunicado à autoridade policial competente a fim de que o corpo possa ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para verificação da causa mortis.

Art. 2º Sem prejuízo do dever de assistência, a comunicação à autoridade policial, visando o encaminhamento do paciente ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito, também é devida, mesmo na ausência de óbito, nos casos de lesão ou dano à saúde induzida ou causada por alguém não médico.

Art. 3º Os médicos, na função de perito, ainda que *ad hoc*, ao atuarem nos casos previstos nesta resolução, devem fazer constar de seus laudos ou pareceres o tipo de atendimento realizado pelo não médico, apontando sua possível relação de causa e efeito, se houver, com o dano, lesão ou mecanismo de óbito.

Art. 4º Nos casos mencionados nos arts. 1º e 2º deve ser feita imediata comunicação ao Conselho Regional de Medicina local.

Brasília-DF, 12 de julho de 2002.

CAPÍTULO 5

ATESTADO DE ÓBITO ASPECTOS LEGAIS

RESPONSABILIDADE DO MÉDICO

Péan avant l'opératio Henri Gervex, 1887 - Hôpital Saint Louis (Paris, France) Henri Gervex (1852-1929) - Avant l'opération dit aussi Le docteur Péan enseignant à l'hôpital Saint-Louis sa découverte du pincement des vaisseaux 1887 - Huile sur toile - H. 242; L. 188 cm ©RMN-Grand Palais (Musée d'Orsay) / Gérard Blot / Hervé Lewandowski

Atestado de óbito – aspectos legais responsabilidade do médico

Dra. Nathália Petrucci de Carvalho
Assessora Jurídica do Cremers

Cuidado

*Quando **não existirem dados** suficientes para diagnóstico da causa do óbito (não da causa imediata, mas sim da patologia de base): solicitar aos médicos que atenderam o paciente ou revisar informações de prontuário.*

Morte mal explicada

Pessoas sem doença aparente, que são internadas com mal súbito: encaminhar para o serviço de verificação de óbitos.
Cuidado com morte súbita de jovem, esse não é um evento simples.

*Se existir **suspeita de erro médico**, em qualquer momento da internação, principalmente se foi o fator inicial dos acontecimentos que culminaram com o óbito: encaminhar para o Instituto Medico Legal. (Nestes casos, o médico do paciente pode assumir a responsabilidade pelo atestado).*

Evite: atestado humanitário, amizade, camaradagem

Como é sabido, o médico possui responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da Declaração de Óbito assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento.

A seguir alertamos sobre possível responsabilização do profissional nas esferas civil, administrativa e penal em decorrência de mau preenchimento das informações.

Responsabilidade civil do médico no preenchimento da Declaração de Óbito

A responsabilidade civil no ordenamento jurídico brasileiro está fundada na previsão do Art. 927 do Código Civil que estabelece que:

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Já os artigos 186 e 187 definem ato ilícito:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 187. Também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.

Partindo disso, a responsabilidade civil do médico tem seu embasamento na teoria da culpa, sendo, portanto, subjetiva. Ou seja, a responsabilização civil do médico dependerá de apuração da sua culpa no acontecimento.

Essa verificação da culpa poderá se dar nas modalidades de **imprudência** (que pode ser descrita suscintamente como um agir com descuido); **negligência** (descrita como deixar de adotar as providências recomendadas) e **imperícia** (que se refere a um descumprimento de regra técnica da profissão).

Aplicando-se a verificação da culpa ao caso do preenchimento das declarações de óbito, o Superior Tribunal de Justiça já entendeu que estando comprovada a culpa do médico em razão do mau preenchimento do atestado de óbito poderá ele

ser condenado a indenizar a família do falecido pelos danos morais e materiais sofridos.

Também nesse sentido, o Tribunal de Justiça de Santa Catarina recentemente entendeu que um atestado de óbito que não traduz a realidade da morte ofende a moral da família, devendo o médico ressarcir os familiares.

De forma exemplificativa, esclarecemos que na ocasião o médico que assinou a declaração do óbito alegou que o falecimento ocorreu em virtude de parada cardiorrespiratória e acidente vascular encefálico, e anotou, ainda, que o corpo havia sido encontrado em via pública.

A família, porém, afirmou que o falecimento se deu em decorrência de acidente de trabalho, e acusou o profissional de ter agido de má-fé ao atestar causa diversa.

Em primeiro grau o Juiz entendeu que: "competia, na sua função de médico, o exame minucioso do corpo, de modo a atestar com segurança a causa mortis do falecido. No entanto, o médico sequer despiu a vítima para constatar a existência de ferimentos, limitando-se a verificar seus sinais vitais. Evidente, portanto, a negligência do réu, que simplesmente inventou uma causa mortis."

Em grau recursal, o Tribunal assim decidiu: "O médico deixou entender na Certidão de Óbito ter o falecido sido encontrado em via pública, como se indigente fosse, quando em verdade havia sofrido acidente laboral. Flagrante, portanto, que a situação extrapolou os limites do mero incômodo, sendo causadora de um dano moral indenizável". A decisão foi unânime.

Por fim, cabe alertar ainda que o médico é responsável por todas as informações inseridas na declaração do óbito, havendo jurisprudência no sentido de responsabilizar o profissional ou o hospital onde o óbito ocorreu por negligência no preenchimento de dados pessoais do falecido, quando há equívoco, por exemplo, na indicação do estado civil e esse erro ocasionou impedimento na obtenção de benefício previdenciário pelos dependentes.

Responsabilidade administrativa do médico no preenchimento da Declaração de Óbito

No que tange a responsabilidade administrativa do médico, vale informar que a mesma poderá se dar no âmbito de verificação de irregularidades perante o conselho profissional fiscalizador da ética médica ou perante a instituição para a qual o profissional presta serviços, seja ela pública ou privada.

No âmbito do conselho profissional, o tópico "Atestado de óbito" deste manual aborda as orientações éticas a serem tomadas pelo médico quando do preenchimento da Declaração de Óbito, indicando inclusive os regramentos aplicáveis à espécie.

Já no âmbito da instituição para a qual o profissional presta serviço, a mesma também poderá verificar eventual cometimento de irregularidades praticadas pelos seus empregados, com a instauração de procedimentos administrativos.

Responsabilidade penal do médico no preenchimento da Declaração de Óbito

A Declaração de Óbito é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias autocopiativas, pré-numeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas secretarias estaduais e municipais de saúde conforme fluxo padronizado para todo o país.

É, portanto, documento público, a ser preenchido pelo médico.

Assim, na esfera de responsabilização penal, poderá o médico responder criminalmente por eventual incorreção/falsificação no preenchimento da Declaração de Óbito, uma vez que se trata de documento público.

O Código Penal, Lei 2.848/1940, lista no Título X os Crimes contra a Fé Pública, sendo descritos no Capítulo III os crimes de Falsidade Documental dentre os quais destacamos o Crime de Falsidade Ideológica, descrito no art. 299 que assim estabelece:

Falsidade ideológica

"**Art. 299**. Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena: reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único. Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte."

Assim, o médico que omite declaração que deveria constar ou que insere declaração falsa na Declaração de Óbito poderá eventualmente vir a ser responsabilizado pelo crime de falsidade ideológica.

Neste mesmo capítulo, o Código Penal também prevê a capitulação de conduta criminosa do médico que emite atestado falso, conforme previsão do art. 302 que segue:

Falsidade de atestado médico

Art. 302. Dar o médico, no exercício da sua profissão, atestado falso:

Pena: detenção, de um mês a um ano.

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa

Por fim, ressaltamos que a aferição da responsabilidade pela conduta do médico nas esferas civil, penal e administrativa são independentes, podendo eventuais sanções aplicadas serem cumuladas.

CAPÍTULO 6

ESCLARECENDO AS DÚVIDAS MAIS COMUNS

A visita do médico. Jan Steen, 1662 – A obra encontra atualmente no Apsley House, Londres

Esclarecendo as dúvidas mais comuns

O médico tem responsabilidade ética e jurídica pelo preenchimento e pela assinatura da DO, assim como pelas informações registradas em todos os campos desse documento. Deve, portanto, revisar o documento antes de assiná-lo.

1. O que é a Declaração de Óbito (DO)?

A Declaração de Óbito é o documento-base do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). É composta de três vias autocopiativas, pré-numeradas sequencialmente, fornecida pelo Ministério da Saúde e distribuída pelas secretarias estaduais e municipais de saúde conforme fluxo padronizado para todo o país.

2. Para que servem os dados de óbitos?

Além da sua função legal, os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando a sua melhoria. Para tanto, devem ser fidedignos e refletir a realidade. As estatísticas de mortalidade são produzidas com base na DO emitida pelo médico.

3. O papel do médico

A emissão da DO é ato médico, segundo a legislação do país. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isso o formulário oficial "Declaração de Óbito", acima mencionado.

4. O que o médico deve fazer

a) Preencher os dados de identificação com base em um documento da pessoa falecida. Na ausência de documento, caberá à autoridade policial proceder o reconhecimento do cadáver.

b) Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.

c) Registrar as causas de morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais, anotando, preferencialmente, apenas

um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.

d) Revisar se todos os campos estão preenchidos corretamente antes de assinar.

5. O que o médico não deve fazer

1) Assinar a DO em branco.

2) Preencher a DO sem, pessoalmente, examinar o corpo e constatar a morte.

3) Utilizar termos vagos para o registro das causas de morte, como parada cardíaca, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos.

4) Cobrar pela emissão da DO.

Nota: O ato médico de examinar e constatar o óbito poderá ser cobrado desde que se trate de paciente particular a quem não vinha prestando assistência.

6. Em que situações emitir a DO

a) Em todos os óbitos (natural ou violento).

b) Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.

c) No óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, ou estatura igual ou superior a 25 centímetros.

7. Em que situações não emitir a DO

No óbito fetal, com gestação de menos de 20 semanas, ou feto com peso menor que 500 gramas, ou estatura menor que 25 centímetros.

Nota: A legislação atualmente existente permite que, na prática, a emissão da DO seja facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção.

Peças anatômicas amputadas. Para peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados. Nesses casos, o médico

elaborará um relatório em papel timbrado do hospital descrevendo o procedimento realizado. Esse documento será levado ao cemitério, caso o destino da peça venha a ser o sepultamento.

8. Óbito ocorrido em ambulância com médico. Quem deve fornecer a Declaração de Óbito?

A responsabilidade do médico que atua em serviço de transporte, remoção, emergência, quando dá o primeiro atendimento ao paciente, equipara-se à do médico em ambiente hospitalar e, portanto, se a pessoa vier a falecer, caberá ao médico da ambulância a emissão da DO, se a causa for natural e se existirem informações suficientes para tal. Se a causa for externa, chegando ao hospital, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituo Médico Legal (IML).

9. Óbito ocorrido em ambulância sem médico é considerado sem assistência médica?

Sim. O corpo deverá ser encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito (SVO) na ausência de sinais externos de violência ou ao IML em mortes violentas. A DO deverá ser emitida por qualquer médico em localidades onde não houver SVO, em caso de óbito por causa natural, sendo declarado na parte I "causa da morte: desconhecida".

10. Para recém-nascido com 450 gramas que morreu minutos após o nascimento, deve-se ou não emitir a DO? Considera-se óbito fetal?

O conceito de nascido vivo depende, exclusivamente, da presença de sinal de vida, ainda que esta dure poucos instantes. Se esses sinais cessaram, significa que a criança morreu e a DO deve ser fornecida pelo médico do hospital. Não se trata de óbito fetal, dado que existiu vida extrauterina. O hospital deve providenciar também a emissão da Declaração de Nascido Vivo, para que a família promova o registro civil do nascimento e do óbito.

11. Médico do serviço público emite DO para paciente que morreu sem assistência médica, Posteriormente, por denúncia, surge suspeita de que se tratava de envenenamento. Quais as consequências legais e éticas para esse médico?

Ao constatar o óbito e emitir a DO, o médico deve proceder a um

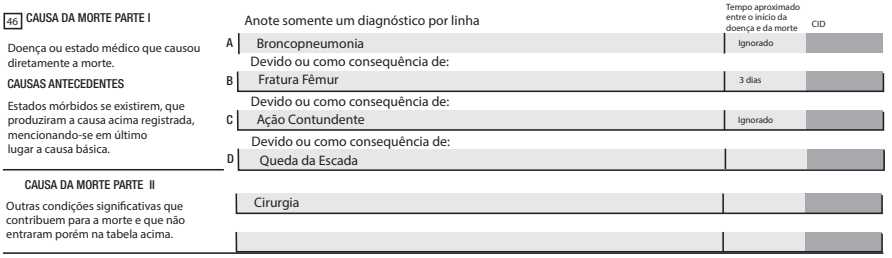
cuidadoso exame externo do cadáver, a fim de afastar qualquer possibilidade de causa externa. Como o médico não acompanhou o paciente e não recebeu informações sobre esta suspeita, não tendo, portanto, certeza da causa básica do óbito, deverá anotar, na variável causa, "óbito sem assistência médica". Mesmo se houver exumação e a denúncia de envenenamento vier a ser comprovada, o médico estará isento de responsabilidade perante a justiça se tiver anotado, na DO,, no campo apropriado, "não há sinais externos de violência" (campo 59 da Declaração de Óbito vigente).

12. Paciente chega ao pronto-socorro e, em seguida, tem parada cardíaca. Iniciadas as manobras de ressuscitação, não conseguem sucesso. O médico é obrigado a fornecer DO? Como proceder com relação à causa da morte?

Em primeiro lugar, deve-se verificar se a causa da morte é natural ou externa. Se a causa for externa, o corpo deverá ser encaminhado ao IML. Se for morte natural, médico deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamneses e história colhida com familiares. Caso persista dúvida e na localidade exista SVO, o corpo deverá ser encaminhado para esse serviço. Caso contrário, o médico deverá emitir a DO esclarecendo que a causa é desconhecida.

13. Paciente idoso, vítima de queda de escada, sofre fratura de fêmur, é internado e submetido à cirurgia. Evoluía adequadamente, mas contrai infecção hospitalar, vindo a falecer, 12 dias depois, por broncopneumonia. Quem deve fornecer a DO e o que deve ser anotado com relação à causa da morte?

Segundo a definição, óbito por causa externa é aquele que ocorre em consequência direta ou indireta de um evento lesivo (acidental, não acidental ou de intenção indeterminada). Ou seja, decorre se uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito. O fato de ter havido internação e cirurgia e o óbito ter ocorrido 12 dias depois não interrompe essa cadeia. Importante é considerar o nexo de causalidade entre a queda que provocou a lesão e a morte. O corpo deve ser encaminhado ao IML e a DO emitida por médico legista.



46 CAUSA DA MORTE PARTE I	Anote somente um diagnóstico por linha	Tempo aproximado entre o início da doença e da morte	CID
Doença ou estado médico que causou diretamente a morte.	A Broncopneumonia	Ignorado	
	Devido ou como consequência de:		
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	B Fratura Fêmur	3 dias	
	Devido ou como consequência de:		
	C Ação Contundente	Ignorado	
	Devido ou como consequência de:		
	D Queda da Escada		
CAUSA DA MORTE PARTE II Outras condições significativas que contribuem para a morte e que não entraram porém na tabela acima.	Cirurgia		

14. Médico de um município onde não existe IML é convocado pelo juiz local a fornecer atestado de óbito de pessoa vítima de acidente. O médico pode se negar a fazê-lo?

Embora a legislação determine que a DO para óbitos por causa externa seja emitida pelo IML, a autoridade policial ou judicial, com base no Código de Processo Penal, pode designar qualquer pessoa (de preferência as que tiverem habilitações técnicas) para atuar como perito legista *ad hoc* em municípios onde não existe o IML. Essa designação não é opcional, e a determinarão tem que ser obedecida. O perito eventual prestará compromisso e seu exame ficará restrito a um exame externo do cadáver, com descrição, no laudo necroscópico, das lesões externas, se existirem. Anotar na DO as lesões, tipo de causa externa, mencionar o número do Boletim de Ocorrência.

15. Quando o médico for o único profissional da cidade, é dele a obrigação de emitir a DO após o exame externo do cadáver?

Se ele não prestou assistência ao paciente, deve examinar o corpo e, não havendo lesões externas, emitir a DO, anotando "causa da morte desconhecida" no lugar da causa, mencionando a ausência de sinais externos de violência. Usar a parte II do atestado médico para informar patologias anteriores referidas pela família e/ou acompanhantes do falecido, podendo os diagnósticos estar sinalizados com interrogação "(?)", ou os termos "sic" ou "provável"!. Havendo qualquer lesão, deverá comunicar à autoridade competente e, se for designado perito *ad hoc*, emitir a DO, anotando a natureza da lesão e as circunstâncias do evento, preenchendo os campos 56 e 60 do bloco VIII.

16. De quem é a responsabilidade de emitir a DO de doente transferido de hospital, clínica ou ambulatório para hospital de referência, que morre no trajeto?

Se o doente foi transferido sem o acompanhamento de um médico, mas com relatório médico que possibilite o diagnóstico da causa de morte, a DO poderá ser emitida pelo médico que recebeu o doente já em óbito, ou pelo médico que o encaminhou. Porém, se o relatório não permitir a conclusão da causa da morte, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao IML. Se o doente foi transferido sem médico e sem relatório médico, o que é ilícito ético (Resolução CFM 1.672/2003), a DO deverá ser emitida pelo médico que encaminhou, na impossibilidade, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao IML. Se o médico acompanhou a transferência, a DO será emitida por ele, caso tenha elementos suficientes para firmar o diagnóstico da causa de morte. Porém, se não tiver, o corpo deverá ser encaminhado ao SVO, ou, em caso de morte suspeita, ao DML. Em caso de óbito por causa natural, em localidades sem SVO, o médico que acompanhou ou recebeu o falecido, e não tenha elementos para firmar a causa básica do óbito, deve emitir a DO e declarar na parte I – "Morte de causa desconhecida". Usar a parte II para informar patologias referidas por acompanhantes, podendo usar interrogação "(?)", o os termos "sic" ou "provável" junto aos diagnósticos.

17. Quem deverá emitir a DO em caso de óbito de paciente assistido pelo Programa de Saúde da Família?

Homem de 54 anos, lavrador, apresenta perda de peso acentuada nos últimos três meses. Teve diagnóstico de câncer de esôfago no início do quadro, e foi submetido a cirurgia e sessões de radioterapia, que foram suspensas há um mês após constatação de metástases em vários órgãos. O paciente evoluiu para um quadro de caquexia e vinha recebendo atendimento domiciliar pelo médico do PSF que o visitava regularmente em casa. A família procura o médico na sede do Programa de Saúde da Família e comunica que, após a última visita, o paciente evoluiu com falta de ar, vindo a falecer no domicílio. O médico da família emitirá a DO, considerando-se que ele prestava assistência médica ao falecido, conhe-

cia o quadro clínico apresentado nos últimos meses, bem como o prognóstico do quadro. Contudo, o médico deverá verificar pessoalmente o cadáver, após ter sido comunicado do óbito.

18. Como proceder para sepultar peças anatômicas amputadas?

O médico fornecerá um relatório sobre as circunstâncias da amputação, em receituário ou formulário próprio (nunca DO). A peça deverá ser sepultada ou incinerada.

19. Como proceder em caso de preenchimento incorreto da DO?

Se, por acaso, o médico incorrer em erro no preenchimento da DO, seja qual for o campo, deverá inutilizá-la, preenchendo outra corretamente. Porém, se a Declaração já tiver sido registrada em Cartório do Registro Civil, a retificação será feita medicanto pedido judicial por advogado, junto à Vara de Registros Públicos ou similar. Nunca rasgar a DO. O médico deverá escrever "anulada" na DO e devolvê-la à Secretaria de Saúde para cancelamento no sistema de informação.

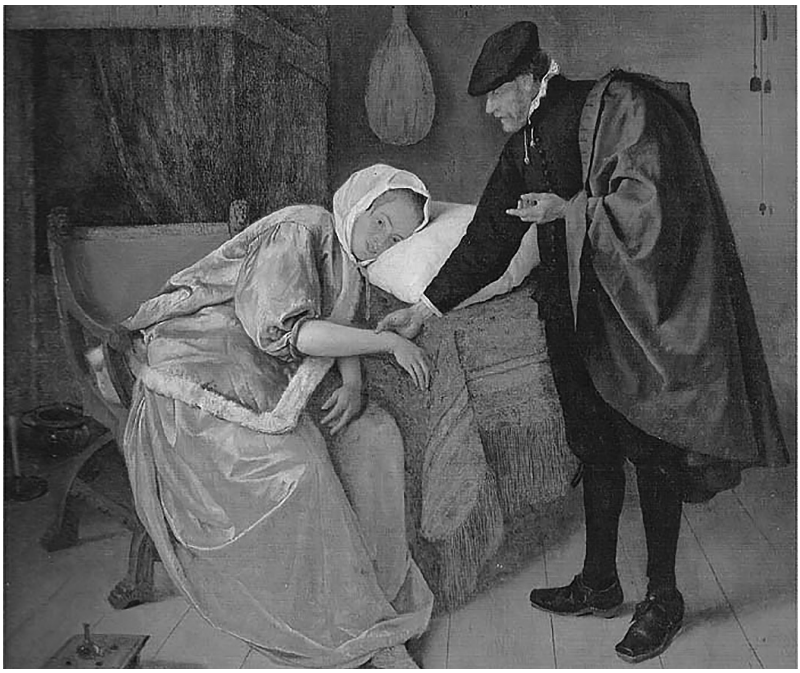
20. O médico pode cobrar honorários para emitir a DO?

Não. O ato médico de examinar e constatar o óbito, sim, poderá ser cobrado, desde que se trate de paciente particular, a quem o médico não vinha prestando assistência. Entenda-se que o diagnóstico da morte exige cuidadosa análise das atividades vitais, pesquisa de reflexos e registro de alguns fenômenos abióticos, como perda da consciência, perda da sensibilidade, abolição da motilidade e do tônus muscular. (Parecer CFM 17/1988)[1]

A Declaração de Óbito, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.
Ministério da Saúde – **A Declaração de Óbito** – Documento necessário e importante – 3ª Edição.

CAPÍTULO 7

A QUEM COMPETE A EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO



A mulher enferma. Jan Steen, século XVII - Rijksmuseum, Amsterdam

A quem compete a emissão da Declaração de Óbito

1. Causa natural

Óbito por causa natural é aquele cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

Morte Natural – Doença	
Com assistência médica	**Sem assistência médica**
• O médico vinha prestando assistência ao paciente, sempre que possível, em todas as situações. • O médico assistente e, na sua falta, o médico substituto ou plantonista, para óbitos de pacientes internados sob regime hospitalar. • O médico designado pela instituição que prestava assistência, para óbitos de pacientes sob regime ambulatorial. • O médico do Programa de Saúde da Família, Programa de Internação Domiciliar e outros assemelhados, para óbitos de pacientes em tratamento sob regime domiciliar. **Nota**: O SVO pode ser acionado para emissão da DO, em qualquer das situações acima, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas dessas instituições.	• O médico do SVO, nas localidades que dispõem deste tipo de serviço. • O médico do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; e na sua ausência, por qualquer médico, nas localidades sem SVO. **Nota**: Deve-se sempre observar se os pacientes estavam vinculados a serviços de atendimento ambulatorial ou programas de atendimento domiciliar, e se as anotações do seu prontuário ou ficha médica permitem a emissão da DO por profissionais ligados a esses serviços ou programas, conforme sugerido na caixa ao lado.

2. Causa não natural

Óbito por causa externa (ou não natural) é aquele que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente.

Morte Não Natural – Causas Externas* **(*Homicídios, acidentes, suicídios, mortes suspeitas.)**	
Em local com IML/DML	**Em local sem IML/DML**
• O médico legista, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento violento e a morte propriamente.	• Qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual *ad hoc*.

Importante, não colocar ou evitar:

- Parada cardíaca ou respiratória
- Acidose metabólica
- Choque
- Coma
- Asfixia
- Desidratação
- Hematêmese
- Dor abdominal[1]

A Declaração de Óbito, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.
Ministério da Saúde – **A Declaração de Óbito** – Documento necessário e importante – 3ª Edição Site do Cremers – www.cremers.org.br.

CAPÍTULO 8

CONCEITOS IMPORTANTES

Quadro do pintor Roberto Hinckley, de 1882, reproduzindo a cena da operação realizada com anestesia geral pelo éter em 16/10/1846

Conceitos importantes

Óbito: desaparecimento permanente de todo sinal de vida, em um momento qualquer depois do nascimento, sem possibilidade de ressuscitação, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Óbito por causa natural: aquele cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido.

Óbito por causa externa: decorre de uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito.

Óbito hospitalar: morte que ocorre no hospital, após o registro do paciente, independentemente do tempo de internação.

Óbito sem assistência médica: óbito de paciente que não teve assistência médica durante a doença (campo 45 da DO).

Causa básica da morte: doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

Departamento Médico Legal (DML): órgão oficial que realiza necropsias em casos de morte decorrente de causas externas.

Serviço de Verificação de Óbito (SVO): órgão oficial responsável pela realização de necropsias em pessoas que morreram sem assistência médica ou com diagnóstico de moléstia mal definida.

Nascido vivo: a expulsão ou extração completa, do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Óbito fetal, morte fetal ou perda fetal: morte de um produto de concepção antes da expulsão do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação, de qualquer sinal descrito para o nascido vivo.

Atestado, declaração e certidão: atestado e declaração são palavras sinônimas, usadas como o ato de atestar ou declarar. Declaração de óbito é o nome do formulário oficial no Brasil em que se atesta a morte. Certidão de óbito é o documento jurídico fornecido pelo Cartório de Registro Civil após o registro do óbito.[1]

A Declaração de Óbito, Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina e Centro Brasileiro de Classificação de Doenças.

CAPÍTULO 9

RESOLUÇÕES, PARECERES E NOTAS TÉCNICAS - CFM E CREMERS

Billroth operando no Allgemeines Krankenhaus em Viena
A. Seligman, 1890. Osterreichische Galerie, Viena

Resoluções, pareceres e notas técnicas - CFM e Cremers

CFM		
Nº	**Ato**	**Assunto**
2.171/2017 Pág. 58	Resolução	Regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto atendimento.
2.139/2016 Pág. 62	Resolução	Altera o artigo 23 de Resolução CFM 2.110/2014.
2.110/2014 Pág. 61	Resolução	Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.
1.779/2005 Pág. 46	Resolução	Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.
1.641/2002 Pág. 63	Resolução	Veda a emissão, pelo médico de Declaração de Óbito nos casos em que houve atuação de profissional não médico e dá outras providências.
2.003/2012 Pág. 87	Resolução	Veda ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras.
CREMERS		
02/2015 Pág. 88	Resolução	Dispõe sobre as providências que devem ser tomadas quando do atendimento envolvendo complicações em casos de partos domiciliares e de partos hospitalares ou realizados em instituições de saúde por não médicos.
09/2010 Pág. 89	Parecer de Conselheiro	Esclarece dúvidas acerca da necessidade de exame de necropsia e emissão de laudo. Exame de necropsia e laudo.
25/2012 Pág. 91	Nota Técnica CJ	Declaração de óbito. Pacientes internados em UTI. Preenchimento pelo médico assistente ou, na sua ausência, pelo médico substituto pertencente à instituição. Pacientes internados em Unidade de Internação. Preenchimento pelo médico assistente ou, na sua ausência, pelo médico plantonista.
23/2012 Pág. 93	Nota Técnica	Formulários elaborados pelas companhias de seguro. Preenchimento por médicos legistas. Recomendação do DML/PL. Não constitui atribuição do médico legista. Responsabilidade das próprias seguradoras.

RESOLUÇÃO CFM 2.003/2012

(PUBLICADA NO D.O.U. 14 DE DEZEMBRO DE 2012. SEÇÃO I, P. 255)

Revoga a Resolução CFM 1.076/1981

Veda ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras, revoga a Resolução CFM 1.076/1981 (publicada no D.O.U. de 29 de janeiro de 1982, Seção I, p. 1770) e demais disposições em contrário.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto 6.821, de 14 de abril de 2009, e

CONSIDERANDO que a Constituição Federal assegura a tutela da intimidade, bem como preserva o sigilo profissional;

CONSIDERANDO o art. 5º, inciso II da Lei 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), quando no atendimento de paciente usuário do SUS o médico exerce função assistencial;

CONSIDERANDO que o preenchimento, pelo médico, de formulários elaborados pelas companhias de seguros de vida não têm qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ou ao óbito;

CONSIDERANDO que não se pode cobrar honorários de paciente assistido em instituição que se destina à prestação de serviços públicos, conforme dispõe o art. 65 do Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO que o médico assistente não pode ser constrangido a preencher formulários, com quesitos próprios, de entidade com quem não tem qualquer relação profissional ou empregatícia;

CONSIDERANDO que o seu preenchimento constitui atividade médica pericial, não podendo ser exercida pelo médico assistente, conforme dispõe o art. 93 do CEM;

CONSIDERANDO que "viola a ética médica a entrega de prontuário de paciente internado à companhia seguradora responsável pelo reembolso das despesas", nos termos do decidido pelo Superior Tribunal de Justiça – STJ no Resp 159527-RJ;

CONSIDERANDO o que consta do Parecer CFM 23/2011;

CONSIDERANDO que a nova redação do art. 77 do Código de Ética Médica, alterada pela Resolução CFM 1.997/2012 (publicada no D.O.U. de 16 de agosto de 2012, Seção I, p. 149), veda ao médico: *"Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na Declaração de Óbito"*;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido pelo plenário em sessão realizada em 8 de novembro de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º É vedado ao médico assistente o preenchimento de formulários elaborados por empresas seguradoras com informações acerca da assistência prestada a pacientes sob seus cuidados.

Art. 2º Revogam-se a Resolução CFM 1.076/1981 (*publicada no D.O.U de 29 de janeiro de 1982, Seção I, p. 1770*) e demais disposições em contrário.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de novembro de 2012.

RESOLUÇÃO CREMERS 02/2015

Dispõe sobre as providências que devem ser tomadas quando do atendimento envolvendo complicações em casos de partos domiciliares e de partos hospitalares ou realizados em instituições de saúde por não médicos.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

[...].

Art. 5º Ocorrendo o óbito da gestante, óbito fetal ou infantil, nas circunstâncias previstas no artigo 3º, e seus parágrafos, e artigo

4º, caput, os médicos que prestaram assistência aos pacientes não são obrigados a emitir Declaração de Óbito.

Parágrafo único. Nos casos do caput, proceder-se-á nos termos do artigo 2º, item 3, da Resolução do Conselho Federal 1.779/2005, devendo a Declaração de Óbito, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais, ainda que na localidade exista apenas 1 (um) médico.
[...]

Porto Alegre, 21 de maio de 2015.

DR. FERNANDO WEBER MATOS
Presidente

DR. ISAIAS LEVY
Presidente Primeiro-Secretário

PARECER CREMERS 09/2010

Esclarece dúvidas acerca da necessidade de exame de necropsia e emissão de laudo.

Da Consulta

1. É obrigatório um exame de necropsia de uma criança que morreu poucas horas após sua internação, sendo excepcional, com retardo mental, com vascularização abdominal periférica proeminente, apresentando edema pulmonar e parada cardíaca, vinda do pronto-socorro. A qual veio a falecer após as manobras de reanimação por mim instituídas?

2. A quem o hospital pode dar uma cópia do prontuário de um paciente? Pode ser dado a pedido por escrito da Delegacia de Polícia da cidade? Pode ser dado a um pedido verbal, ou até escrito do paciente?"

Do Parecer

1. Em relação ao primeiro questionamento, depreende-se que se trata de um óbito consequente a causa natural (excluída portanto causa externa). Neste caso específico existem potenciais causas que poderiam conduzir ao óbito. Assim, segundo orientações do Conse-

lho Federal de Medicina o médico que atendeu o paciente pode fornecer o atestado de óbito, referindo a sua provável impressão como causa do óbito ou defini-la como indeterminada, colocando nos itens a seguir os fatores associados, tais como: retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, desnutrição e infecção respiratória. No caso de haver dúvidas quanto a causa mortis pode ser acionado o Serviço de Verificação de Óbitos da cidade. Para maiores esclarecimentos, sugerimos a leitura do **Manual Técnico Disciplinar** deste Conselho Regional de Medicina 10ª edição, 2017, p. 260-284.

2. No Código de Ética Médica 2010 em seus Capítulos IX, Art. 73 refere que é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Capítulo IX, Parágrafo Único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal. Capítulo IX, Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais e representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. Destacamos ainda o artigo 89 de capítulo X que veda ao médico liberar cotas do prontuário sob sua guarda, salvo quando autorizado por escrito pelo paciente, para atender ordem judicial ou para sua própria defesa. Parágrafo 1º quando requisitado judicialmente o prontuário será disponibilizado ao perito nomeado pelo juiz.

Em função do acima descrito, conclui-se que a liberação de informações constantes no prontuário médico somente poderão ser liberadas nas eventualidades referidas no parágrafo anterior.

É o parecer.

Brasília, 8 de novembro de 2012.

NOTA TÉCNICA DA ASSESSORIA JURÍDICA 25/2012

Declaração de Óbito. Pacientes internados em UTI. Preenchimento pelo médico assistente ou, na sua ausência, pelo médico substituto pertencente à instituição. Pacientes internados em Unidade de Internação. Preenchimento pelo médico assistente ou, na sua ausência, pelo médico plantonista.

I – Dos Fatos

Trata-se de pedido de parecer sobre documento apresentado aos médicos de um hospital, que estabelece que a Declaração de Óbito dos óbitos que ocorrerem na UTI fica sob responsabilidade do médico que atuou como substituto, na ausência do médico assistente e que nos óbitos que ocorrerem nas Unidades de Internação, o médico de plantão da respectiva especialidade deverá preencher a Declaração de Óbito quando for o caso como médico substituto bem como a Nota de Óbito. O consulente informa que há frequentes incompreensões dos médicos plantonistas das especialidades.

O consulente não aponta quais dispositivos suscitam as referidas incompreensões, deixando de especificar as dúvidas ou inconformidades existentes. Assim, passo a fazer análise geral do documento.

II – Da fundamentação jurídica

O Código de Ética Médica, Resolução CFM 1.931/2009, dispõe ser vedado ao médico:

Art. 83. Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto ou em caso de necropsia e verificação médico-legal. (grifei)

Assim, excepcionado da vedação ética o preenchimento da declaração pelo plantonista.

De outra sorte, a Resolução CFM 1.779/2005, em seu art. 2º, assim dispõe:

III – Morte com assistência médica:

a) A Declaração de Óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente.

b) A Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) Verifica-se que a norma determina que a obrigação de preenchimento da Declaração de Óbito é do médico assistente, inclusive no caso de paciente internado sob o regime hospitalar. Na falta do médico assistente, outro médico pertencente à instituição deverá fazê-lo, salvo, quando se tratar de mortes violentas ou não naturais, caso em que a Declaração de Óbito deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelos serviços médico-legais.

A resolução é clara sobre o tema.

Dessarte, quanto ao item 1 do documento sob análise, tenho que meramente repete a Resolução CFM 1.779/2005, ficando estabelecido que nos casos de ausência do médico assistente, o médico que atuou como substituto deve firmar o documento.

No tocante à disposição a respeito de óbitos ocorridos nas unidades de internação, o procedimento deve ser no mesmo sentido – a Declaração de Óbito deve ser preenchida e firmada pelo médico assistente. A expressão "quando for o caso" deve ser interpretada no sentido de que "na ausência do médico assistente", o plantonista deverá preencher a Declaração de Óbito. O item 3 prevê que seja o plantonista da especialidade, mas, no caso de ausência de plantonista da especialidade, deverá ser assinada preenchida e assinada por outro plantonista da instituição.

Assim, a regra é que a Declaração de Óbito será firmada pelo médico assistente, mas na sua ausência, o plantonista deve fazê-lo, até mesmo para garantir o atendimento de princípios éticos fundamentais:

IV – Ao médico cabe zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Medicina, bem como pelo prestígio e bom conceito da profissão.

O perfeito desempenho ético e o com conceito da profissão pressupõe o respeito aos familiares do paciente. Assim, não é razoável se

exigir que a família aguarde que o médico assistente, caso ausente e sem previsão de comparecimento em curto espaço de tempo, compareça à instituição para preencher a declaração, devendo o plantonista fazê-lo, através do conhecimento que tem do paciente e das informações constantes do prontuário.

V – Da Conclusão

Diante do exposto, opino que o item 1 do documento sob análise meramente repete a Resolução CFM 1.779/2005, estabelecendo que nos casos de ausência do médico assistente quando o paciente está internado na UTI, o médico que atuou como substituto deve firmar o documento; que o item 3 deve ser interpretado no sentido de que a expressão "quando for o caso" se refira à ausência do médico assistente, quando então o plantonista da respectiva especialidade ou, na ausência deste, outro plantonista da instituição deverá preencher a Declaração de Óbito; que a ausência do médico assistente deve ser entendida como a situação deste se encontrar fora da instituição, sem que possa retornar dentro de curto espaço de tempo para o preenchimento, evitando-se demora excessiva no preenchimento da Declaração de Óbito.

Aprovado em 21 de novembro de 2012.

NOTA TÉCNICA DA ASSESSORIA JURÍDICA 23/2012

Formulários elaborados pelas companhias de seguro. Preenchimento por médicos legistas. Recomendação do DML/PL. Não constitui atribuição do médico legista. Responsabilidade das próprias seguradoras.

I – Dos Fatos

Trata-se de consulta encaminhada pelo Dr. C.A., médico legista que atua no município de E, questionando sobre a possibilidade de cobrança pelo preenchimento de formulários de seguros privados e se, independentemente de pagamento, pode se negar a preencher os laudos.

II – Da fundamentação jurídica

Sobre o tema, a Resolução CFM 1.076/1981, anterior à Constituição Federal, à lei que regulamenta o SUS e aos dois últimos Códigos de Ética Médica (CEM), considera que os formulários elaborados pelas companhias de seguro de vida, para serem preenchidos pelos médicos, não tem qualquer vínculo com a atestação médica relativa à assistência ou ao óbito e que o seu preenchimento, além de acréscimo de responsabilidade civil e penal para o médico, exige também gasto de seu tempo e atividade.

Todavia, o parecer do Conselho Federal de Medicina de 2011 (Processo-Consulta 430/10 – Parecer CFM 23/2011) reinterpreta a referida resolução à luz da Constituição Federal e do Código de Ética Médica vigente, concluindo que o preenchimento de formulários elaborados pelas companhias de seguro de vida constitui atividade médica pericial, não podendo ser exercida pelo médico assistente, imposição do art. 93 do CEM que veda ao médico ser perito ou auditor do seu paciente. Orienta, igualmente, que o preenchimento desses formulários deveria ser efetuado, tanto em caráter público quanto privado, sob a responsabilidade das próprias seguradoras, disponibilizando para tal um médico perito cujos honorários deveriam ser cobertos pelas mesmas. Por fim, opina pela edição de nova resolução vedando ao médico assistente o preenchimento de formulários próprios de companhias de seguro de vida, revogando a Resolução referida.

Ainda que até então não tenha sido revogada a Resolução 1.076/1981, o CFM editou recentemente Resolução alterando a redação do art. 77 do CEM, *in verbis*:

> *"É vedado ao médico: Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na Declaração de Óbito".*

Ou seja, ainda que não tenha vedado o preenchimento, restringiu o seu conteúdo àquele constante da Declaração de Óbito.

Verifica-se, portanto, que em relação aos médicos assistentes a questão se encontra solucionada. Todavia, a situação do legista não pode ser equiparada àquela do médico-assistente, razão pela qual,

poderia se concluir, à primeira vista, que não lhe estaria vedado o preenchimento de formulários e, por consequência, a cobrança pelo serviço como dispõe a Resolução 1.076/1981.

Porém, em contato com o Dr. Francisco S. Benfica, perito médico -legista do DML estadual, o mesmo esclareceu que o DML/PL, por meio se sua coordenação, encaminhou a todos os legistas do Estado a orientação anexa, a qual dispõe que não é atribuição do médico legista preencher os formulários de companhias de seguro, sendo seu dever legal elaborar o Atestado de Óbito e emitir o Laudo de Necropsia. Além disso, a orientação da coordenação do DML/PL é no sentido de que o preenchimentos desses formulários não seja efetuado pelo médico legista em caráter particular, principalmente quando se trata de legistas que atuam no interior do estado, onde se mostra muito difícil diferenciar a atuação particular daquela prestada ao órgão estatal.

Além disso, é importante destacar que em consulta à jurisprudência nacional localizaram-se precedentes nos quais houve condenação por improbidade administrativa de médicos legistas que cobravam pelo preenchimento do formulário de seguradoras, a título de consulta, utilizando-se das dependências do IML. Portanto, ainda que a conduta não constitua ilícito ético, do ponto de vista funcional o médico pode ser responsabilizado.

III – Da Conclusão

Diante do exposto, com base na orientação da coordenação do DML/PL, opina-se que seja evitado o preenchimento de formulários de seguradora pelos médicos legistas, porquanto tal função não faz parte de suas atribuições. Da mesma forma opina-se que o preenchimento não seja efetuado pelo legista em caráter particular, devendo o mesmo ser de responsabilidade das próprias seguradoras, disponibilizando para tal outro médico perito para realização deste trabalho.

Aprovado em 14 de novembro de 2012.

CREMERS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Cremers, por meio dessa ação educativa, procura informar e esclarecer aos médicos os aspectos legais e éticos que devem ser observados no correto preenchimento da declaração ou atestado de óbito.

CREMERS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL