

Diário Oficial

Poder Executivo

Estado de São Paulo

Seção I

Palácio dos Bandeirantes

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

Nº 212– DOE de 08/11/14 – seção 1 – p. 34

SECRETARIA DA SAÚDE GABINETE DO SECRETÁRIO

Resolução SS-140, de 07-11-2014

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

O Secretário da Saúde, considerando,

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

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

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

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

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

A Portaria CCD/SES-SP – 17/2010, que regulamenta os procedimentos para a gestão de formulários de Declaração de Óbito e Nascido Vivo no Estado de São Paulo;

A Portaria - SVS/MS – 1378/2013, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;

A necessidade contínua de aperfeiçoamento destes sistemas para aprofundar o conhecimento da situação epidemiológica da população, e do controle de distribuição dos impressos, resolve:

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

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

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

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

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

II - Institutos Médicos Legais (IML);

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

IV - Médicos cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

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

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

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

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

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

II - Médicos e enfermeiros, obstetrizas e parteiras tradicionais que atuem em partos domiciliares, reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde, conforme Portaria CCD 17/2010.

III - Cartórios de Registro Civil, somente para situações que não atendam os itens anteriores.

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

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

Artigo 5º - A destinação das vias da Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo - DN seguirá os fluxos estabelecidos na Portaria SVS/MS 116/2009 e orientações técnicas estabelecidas pela SS e SMS, garantida a 1ª via à Secretaria Municipal de Saúde.

Artigo 6º - Os dados constantes da Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo - DN deverão ser processados pelo Município onde ocorreu o evento conforme previsto na Portaria SVS/MS 116/2009.

Parágrafo Único - O processamento das Declarações de Óbito - DO emitidas pelo Instituto Médico Legal - IML e pelo Serviço de Verificação de Óbitos - SVO será realizado no município Sede do referido serviço.

Artigo 7º - As Declarações de Óbito - DO e Declaração de Nascidos Vivos - DN recebidas para o processamento da informação ficarão sob guarda das Secretarias Municipais de Saúde pelos prazos e critérios estabelecidos na Portaria SVS/MS 116/2009

Artigo 8º - A Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD e a representação estadual da Coordenação de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena, da Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, estabelecerão os fluxos de distribuição de Declaração de Óbito - DO e Declaração de Nascido Vivo - DN no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI.

Artigo 9º - Compete à Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo - SES, ao Grupo de Vigilância Epidemiológica - GVE e à Secretaria Municipal de Saúde SMS, o controle da distribuição e utilização da série numérica dos impressos de Declaração de Óbito e de Declaração de Nascidos Vivos - DN.

Parágrafo 1º - A perda, extravio, furto, roubo e eventuais usos indevidos da Declaração de Óbito e de Declaração de Nascidos Vivos - DN deverão ser comunicados à autoridade policial e lavrado Boletim de Ocorrência por aquele que detém a sua guarda, seguida de comunicação imediata e formal ao órgão gestor que as forneceu. A Declaração de Óbito e de Declaração de Nascidos Vivos - DN canceladas por motivo de rasuras e/ou erros de preenchimento deverão ter as três vias originais formalmente devolvidas pelo Notificador / Unidade Notificadora ao órgão gestor que as forneceu.

Parágrafo 2º - Na ocorrência das situações previstas neste artigo, o órgão gestor deverá promover imediatamente o cancelamento do respectivo número e/ou série numérico nos sistemas informatizados SIM SINASC, comunicando a outras instâncias (GVE e Centro de Informações Estratégicas em Vigilância à Saúde - CIVS).

Artigo 10 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente a Resolução SS 67, de 03-03-2010.

Anexo I

Modelo de Declaração de Óbito – DO (à Resolução SS-, de de outubro de 2014)

I Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito Hora	3) Cartão SUS	4) Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
	5) Nome do falecido	6) Nome da Mãe		
II Residência	7) Nome do Pai	8) Nome da Mãe		
	9) Data de nascimento Ano completo Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada	12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada
III Ocorrência	13) Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	14) Idade Ano completo Meses Dias Horas Minutos Ignorado	15) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	16) CEP
	17) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	18) Número	19) Complemento	20) CEP
IV Fetal ou menor que 1 ano	21) Bairro/Distrito Código	22) Município de residência Código	23) UF	
	24) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia indígena	25) Estabelecimento Código CNES	26) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	27) CEP
V Condições e causas do óbito	28) Bairro/Distrito Código	29) Município de ocorrência Código	30) UF	
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
VI Médico	31) Idade (anos)	32) Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	33) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
	34) Número de filhos vivos	35) Nº de semanas de gestação	36) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	37) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cessáreo <input type="checkbox"/> Ignorado
VII Causas externas	38) Morto em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorada	39) Peso ao nascer Gramas	40) Número da Declaração de Nascimento	
	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
VIII Cartório	37) A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 45 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 72 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	41) Nome do Médico		42) CRM	43) Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Outro
IX Localidade Médico	44) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		45) Data do atestado	46) Assinatura
	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
40) CAUSAS DA MORTE				
PARTE I				
Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte				
a) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
Devido ou como consequência de:				
b) CAUSAS ANTECEDENTES				
Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				
c) Devido ou como consequência de:				
d) Devido ou como consequência de:				
PARTE II				
Outras condições significativas que contribuíram para o morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
47) Descrição sumária do evento				
48) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> L'logradouro de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada				
49) Endereço do local do acidente ou violência				
50) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)				
51) Número				
52) Bairro				
53) Município				
54) UF				
55) Cartório				
56) Código				
57) Registro				
58) Data				
59) Município				
60) UF				
61) Declarante				
62) Testemunhas				
A				
B				

Declaração de Nascido Vivo

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
702 6007 5365 4844

I Identificação do Recém-nascido	1 Nome do Recém-nascido (RN)		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 702 6007 5365 4844	
	2 Data e hora do nascimento Data: _____ Hora: _____		3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> I - Ignorado <input type="checkbox"/> F - Feminino	
	4 Peso ao nascer _____ em gramas		5 Índice de Apgar 1º minuto: _____ 5º minuto: _____	
II Local da Ocorrência	6 Detectada alguma anomalia congênita? Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		7 Local da ocorrência 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Adeia indígena 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Outros	
	8 Estabelecimento _____ Código CNES _____		9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) Número _____ Complemento _____	
	10 CEP _____		11 Bairro/Distrito _____ Código _____	
III Mãe	12 Município de ocorrência _____ Código _____		13 UF _____	
	14 Nome da Mãe _____		15 Cartão SUS _____	
	16 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		17 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada/desempregada) Código CBO 2002 _____	
IV Pai	18 Data nascimento da Mãe ____/____/____		19 Idade (anos) ____	
	20 Naturalidade da Mãe Município / UF (se estrangeiro informar País)		21 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteira 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada 2 <input type="checkbox"/> Casada 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúva 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
	22 Raça / Cor da Mãe 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela		23 Logradouro Número _____ Complemento _____	
V Gestação e parto	24 CEP _____		25 Bairro/Distrito _____ Código _____	
	26 Município _____ Código _____		27 UF _____	
	28 Nome do Pai _____		29 Idade do Pai ____	
VI Anomalia congênita	30 Histórico gestacional ▪ N° gestações anteriores _____ ▪ N° de partos vaginais _____ ▪ N° de cesáreas _____ ▪ N° de nascidos vivos _____ ▪ N° de perdas fetais / abortos _____		31 Data da Última Menstruação (DUM) ____/____/____	
	32 N° de semanas de gestação, se DUM Ignorada _____ Método utilizado para estimar 1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		33 Número de consultas de pré-natal ____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal ____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
VII Preenchimento	36 Apresentação 1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		37 O Trabalho de parto foi induzido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	38 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	40 Nascimento assistido por 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetriz 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		41 Descubra todas as anomalias congênicas observadas _____ _____ _____	
VIII Cartório	42 Data do preenchimento ____/____/____		43 Nome do responsável pelo preenchimento _____	
	44 Função 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)		45 Tipo documento 1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF	
	46 N° do documento _____		47 Órgão emissor _____	
48 Cartório _____ Código _____		49 Registro _____		
50 Data ____/____/____		51 Município _____		
52 UF _____				

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

