



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE**

PORTARIA N.º 474 , DE 31 DE AGOSTO DE 2000.

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

O Presidente da Fundação Nacional de Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o art. 18, inciso XII, do Decreto nº 3.450, de 9 de maio de 2000, e considerando o disposto no inciso IV do art. 1º, da Portaria nº 130/GM, de 12 de fevereiro de 1999, do Ministério da Saúde, e a necessidade de regulamentar as rotinas de coleta de dados e envio das informações sobre óbitos ocorridos no País para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, resolve:

**CAPÍTULO I
Das Disposições Iniciais**

Art. 1º O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações Sobre Mortalidade – SIM.

**CAPÍTULO II
Das Competências**

Art. 2º Compete à FUNASA, como gestora do SIM, a nível nacional:

- I. estabelecer diretrizes e normas técnicas;
- II. consolidar os dados provenientes dos estados;
- III. retroalimentar os dados para os integrantes do sistema; e
- IV. divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 3º Compete aos Estados:

- I. consolidar os dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios por meio de processamento eletrônico;
- II. estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal;
- III. remeter os dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos nesta

Portaria;

IV. analisar os dados;
V. retroalimentar os dados para os integrantes do sistema;
VI. divulgar informações e análises epidemiológicas; e
VII. normatizar aspectos técnicos em caráter complementar a atuação do nível federal para o seu território.

Art. 4º Compete aos Municípios:

I. coletar e consolidar os dados provenientes de unidades notificantes;
II. enviar os dados observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados;
III. analisar os dados;
IV. retroalimentar os dados para os integrantes do sistema; e
V. divulgar informações e análises epidemiológicas.

Art. 5º Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO III
Do Sistema Informatizado
Seção I
Da Declaração de Óbito

Art. 6º Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – DO, constante do Anexo I desta Portaria, como o documento padrão, de uso obrigatório em todo o País, no registro dos óbitos para o SIM.

Parágrafo único. O Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI/FUNASA divulgará as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO.

Art. 7º A DO terá sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da FUNASA, que poderá delegar estas atividades às Secretarias Estaduais de Saúde.

§ 1º A DO será impressa em três vias, conforme fotolito padronizado pela FUNASA que será fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde sempre que houver a delegação prevista neste artigo.

§ 2º Cabe ao Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI/FUNASA, o controle da numeração que será utilizada nos formulários.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que receberem a delegação prevista neste artigo deverão solicitar à FUNASA, sempre que for necessária a impressão de novos formulários, a faixa numérica a ser utilizada.

Art. 8º A FUNASA distribuirá o formulário da DO às Secretarias Estaduais de Saúde, que ficarão responsáveis pela sua distribuição às Secretarias Municipais de Saúde.

1º As Secretarias Estaduais de Saúde estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização da DO, em sua unidade federativa.

§ 2º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DO para as Unidades Notificadoras, a seguir relacionadas:

- I. Estabelecimentos de saúde;
- II. Institutos Médico Legais – IML;
- III. Serviços de Verificação de Óbitos – SVO; e
- IV. Cartórios do Registro Civil.

§ 3º É permitida a distribuição de formulários de DO a médicos cadastrados pelas Secretarias Estadual ou Municipal de Saúde, vedada sua distribuição às empresas funerárias.

Seção II Do Processamento dos Dados

Art. 9º Os dados constantes da DO deverão ser processados no município onde ocorreu o evento.

Seção III Do fluxo dos Documentos

Art. 10 No caso de óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde, a DO será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

- I. 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II. 2ª via: Representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III. 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 11 No caso dos óbitos naturais ocorridos fora dos estabelecimentos de saúde e com assistência médica, a DO será preenchida pelo médico responsável que deverá dar a seguinte destinação:

- I. 1ª e 3ª vias: Secretaria Municipal de Saúde; e
- II. 2ª via: Representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

§ 1º Nos casos de óbitos naturais sem assistência médica a DO deverá ser preenchida pelo médico do Serviço de Verificação de Óbito – SVO, destinando-se as vias conforme o disposto neste artigo.

§ 2º Onde não existir o SVO, a DO será preenchida por médico da localidade, que deverá dar a destinação indicada neste artigo.

Art. 12 Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório do Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias da DO, que terão a seguinte destinação:

- I. 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e
- II. 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde .

Art. 13. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, o médico legista do Instituto Médico Legal – IML ou perito designado para tal finalidade, nas localidades onde não existir o IML, deverá preencher as três vias da DO, com a seguinte destinação:

- I. 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II. 2ª via: Representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III. 3ª via: Instituto Médico Legal - IML.

CAPÍTULO IV Dos Prazos e Transferência dos Dados

Art. 14. As Secretarias Estaduais de Saúde disponibilizarão os dados para a FUNASA, consolidados trimestralmente, nos seguintes prazos:

- I. 1º trimestre: até 10 de abril;
- II. 2º trimestre: até 10 de julho;
- III. 3º trimestre: até 10 de outubro; e
- IV. 4º trimestre: até 10 de janeiro do ano seguinte.

Parágrafo único. O fechamento do ano estatístico pelas Secretarias Estaduais de Saúde deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 15. Os arquivos enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde à FUNASA, deverão ser avaliados quanto à qualidade e integridade, antes da realização da transferência.

Art. 16. É responsabilidade do gestor a nível federal, estadual e municipal a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM.

CAPÍTULO V Das Disposições Finais

Art. 17. A falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB e o cancelamento da certificação para gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e conseqüente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.

Art. 18. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MAURO RICARDO MACHADO COSTA

ANEXO I



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Declaração de Óbito

Nº

I	Cartório	<input type="checkbox"/> Cartório <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> Data <input type="checkbox"/> Município <input type="checkbox"/> UF <input type="checkbox"/> Cemitério
II	Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> Óbito Data Hora <input type="checkbox"/> RIC <input type="checkbox"/> Nacionalidade <input type="checkbox"/> Nome do falecido <input type="checkbox"/> Nome do pai <input type="checkbox"/> Nome da mãe <input type="checkbox"/> Data de Nascimento <input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Raça/cor <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado. <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 - União consensual <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
III	Residência	<input type="checkbox"/> Logradouro (Rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento <input type="checkbox"/> CEP <input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Município de residência <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> UF
IV	Ocorrência	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Estabelecimento <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento <input type="checkbox"/> CEP <input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> Município de ocorrência <input type="checkbox"/> Código <input type="checkbox"/> UF
V	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Escolaridade (Em série de estudo concluídas) <input type="checkbox"/> Ocupação e ramo de atividade da mãe <input type="checkbox"/> Número de filhos tidos (Obs.: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos Nascidos Mortos <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 4 <input type="checkbox"/> 3 - De 5 e 8 <input type="checkbox"/> 4 - De 9 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> Tipo de parto <input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 2 - Respo ao nascer <input type="checkbox"/> Num. da Decl. de Nascidos Vivos <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
VI	Condições e causas do óbito	ÓBITOS EM MULHERES <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Sim até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: <input type="checkbox"/> Exame complementar? <input type="checkbox"/> Cirurgia? <input type="checkbox"/> Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado CAUSAS DA MORTE PARTE I ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte a <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de: c <input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de: d <input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de: PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima
VII	Médico	<input type="checkbox"/> Nome do médico <input type="checkbox"/> CRM <input type="checkbox"/> O médico que assina atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.) <input type="checkbox"/> Data do atestado <input type="checkbox"/> Assinatura
VIII	Causas externas	Prováveis circunstâncias de morte não natural (Informações de caráter estritamente epidemiológico) <input type="checkbox"/> Tipo <input type="checkbox"/> Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 4 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada <input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO <input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) <input type="checkbox"/> Código
IX	Localia sem médico	<input type="checkbox"/> Declarante <input type="checkbox"/> Testemunhas A B