



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
COMITÊ ESTADUAL DE VIGILÂNCIA À MORTE MATERNA, INFANTIL E FETAL
CEVMMI

Ficha de Investigação de Óbito de Mulher em Idade Fértil

Nº da DO _____

Data do Óbito ___/___/_____ Hora: _____

I - IDENTIFICAÇÃO		
1. Nome _____	2. Data de Nascimento ___/___/_____	
3. Nome da mãe _____	4. Nº do cartão SUS _____	
5. Endereço _____	6. Bairro _____	
7. Município de Residência: _____	8. Código IBGE: _____	9. UF _____
10. Zona: () Rural () Urbana	11. Estado Civil: () Solteira () Casada () União Estável () Viúva () Divorciada () Ignorado	
12. Raça/Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado		
13. Escolaridade: () Sem escolaridade () Fundamental I - (1ª a 5º ano) () Fundamental II - (6ª a 9ª ano) () Ensino médio () Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado Ano cursado <input type="text"/> <input type="text"/>		
II - OCORRÊNCIA		
14. Local de Ocorrência do Óbito _____		
15. Nome do Estabelecimento _____	16. Código CNES _____	
17. Município de Ocorrência: _____	18. Código IBGE: _____	19. UF _____
III - IDENTIFICAÇÃO DE ÓBITO MATERNO		
20. A falecida estava grávida no momento do óbito? () Sim () Não () Ignorado		
21. A falecida esteve grávida nos 12 meses anteriores à morte? () Sim () Não () Ignorado		
22. Resumo do caso: Justificar exclusão do óbito materno		
Data da investigação ___/___/_____	Nome do Responsável pela investigação _____	
Carimbo e rubrica	_____	