

ANEXO I

Automação

FONE/FAX: (51) 3594-4334 • e-mail: roberto@automacao.com.br • 072757 COR • AM

VISITE NOSSA Home Page: www.automacao.com.br



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

00-00000000-0

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN
000 0000 0000 000

Identificação do Recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido (RN)		2 Data		3 Sexo		4 Raça cor do Recém-nascido	
		Hora		☐ M - Masculino ☐ I - Ignorado ☐ F - Feminino		☐ 1 Branca ☐ 3 Amarela ☐ 5 Indígena ☐ 2 Preta ☐ 4 Parda	
5 Peso ao nascer		6 Índice de Apgar		7 Local da ocorrência		8 Detectada alguma anomalia congênita?	
em gramas		1º minuto 5º minuto		☐ 1 Hospital ☐ 3 Domicílio ☐ 5 Aldeia Indígena ☐ 2 Outros estab. saúde ☐ 4 Outros ☐ 9 Ignorado		Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las ☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	

Local da ocorrência

9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)		10 CEP	
11 Bairro/Distrito		12 Município de ocorrência	
Código		Código	
13 UF		14 Nome da Mãe	

Mãe

15 Cartão SUS		16 Escolaridade (última série concluída)		17 Ocupação habitual		18 Data nascimento da Mãe		19 Idade (anos)		20 Naturalidade da Mãe		21 Situação conjugal		22 Raça / Cor da Mãe	
		Nível ☐ 0 Sem escolaridade ☐ 3 Médio (antigo 2º grau) ☐ Ignorado ☐ 1 Fundamental I (1ª a 4ª série) ☐ 4 Superior incompleto ☐ 2 Fundamental II (5ª a 8ª série) ☐ 5 Superior completo		Código CBO 2002		(Informar anterior, se aposentada/desempregada)						☐ 1 Solteira ☐ 4 Separada judicialmente/divorciada ☐ 2 Casada ☐ 5 União estável ☐ 3 Viúva ☐ 9 Ignorada		☐ 1 Branca ☐ 4 Parda ☐ 2 Preta ☐ 5 Indígena ☐ 3 Amarela	
23 Logradouro		24 CEP		25 Bairro/Distrito		26 Município		27 UF		28 Nome do Pai		29 Idade do Pai			

Pai

28 Nome do Pai		29 Idade do Pai	
----------------	--	-----------------	--

Gestação e parto

30 Histórico gestacional		31 Data da Última Menstruação (DUM)		32 Número de consultas de pré-natal		33 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		34 Tipo de gravidez		35 Apresentação		36 O Trabalho de parto foi induzido?		37 Tipo de parto		38 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?		39 Nascimento assistido por	
☐ Nº gestações anteriores ☐ Nº de partos vaginais ☐ Nº de cesáreas ☐ Nº de nascidos vivos ☐ Nº de perdas fetais / abortos								☐ 1 Única ☐ 2 Gêmeos ☐ 3 Triplô ou mais ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Cefálica ☐ 2 Pélvica ou Podálica ☐ 3 Transversa ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Vaginal ☐ 2 Cesáreo ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 Não se aplica ☐ 9 Ignorado		☐ 1 Médico ☐ 2 Enfermeira/Obstetriz ☐ 3 Parteira ☐ 4 Outros ☐ 9 Ignorado	

Anomalia congênita

40 Descrever todas as anomalias congênitas observadas	
---	--

Preenchimento

41 Data do preenchimento		42 Nome do responsável pelo preenchimento		43 Função	
				☐ 1 Médico ☐ 2 Enfermeiro ☐ 3 Parteira ☐ 4 Func. Cartório ☐ 5 Outros (descrever)	
44 Tipo documento		45 Nº do documento		46 Órgão emissor	
☐ 1 CNES ☐ 2 CRM ☐ 3 COREN ☐ 4 RG ☐ 5 CPF					

Cartório

47 Cartório		48 Registro		49 Data	
Código					
50 Município		51 UF			

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO