

NOTA TÉCNICA



TENTATIVAS
DE SUICÍDIO
E SUICÍDIO

Ceará – 26/10/2020



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do estado do Ceará (SESA), por meio da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (COVEP) e da Célula de Vigilância Epidemiológica (CEVEP), **divulga** a nota técnica sobre tentativas de suicídio e suicídio, com o intuito de **sensibilizar** a população sobre os comportamentos de risco e prevenção ao suicídio.

Governador do Estado do Ceará

Camilo Sobreira de Santana

Vice-governadora

Maria Izolda Cela Arruda Coelho

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde e

Regulação

Magda Moura de Almeida Porto

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e

Prevenção em Saúde

Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes

Orientadora da Célula de Vigilância Epidemiológica

Raquel Costa Lima de Magalhães

Equipe de Elaboração

Ananda Caroline Vasques Dantas Coelho

Cecília Regina Sousa do Vale

Jéssica Brena de Sousa Freire

Marta Maria Caetano de Souza

Equipe de Revisão

Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante

Kelvia Maria Oliveira Borges

Raquel Costa Lima de Magalhães

Ricristhi Gonçalves de Aguiar Gomes



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Saúde

INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato de autodestruição (autopunição ou automutilação), um desejo de morrer. Apesar de não ser considerado uma doença ou transtorno mental, é um fenômeno complexo que compreende determinantes sociais, econômicos, culturais, biológicos e histórico pessoal de vida.

A cada ano, cerca de 800 mil mortes por suicídio ocorrem no mundo, representando uma morte a cada 40 segundos. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em seu Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, a meta global de redução em 10% da taxa de suicídios até 2020.

Em 2018, o Brasil registrou 12.733 suicídios. No estado do Ceará, houve 627 suicídios registrados no ano de 2019 e 352 suicídios no período de janeiro a agosto de 2020.

Vale ressaltar que, no período de um ano, para cada suicídio, existem muitas tentativas. De modo geral, o fator de risco mais preponderante para o suicídio são as tentativas anteriores. Esse contexto desvela mal-estar e sofrimento que geram um conflito de impossibilidades de solução de demandas, possibilitando como desfecho a tentativa de ceifar a própria vida.

VIVA/MS

Em 2006, com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), o Ministério da Saúde (MS) ampliou o número de variáveis contempladas no monitoramento das violências e acidentes. Esse sistema de vigilância é constituído por dois componentes: Vigilância Contínua (Viva Contínuo) e Vigilância Sentinela (Viva Inquérito).

A partir de 2009, a notificação de violências foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), o que colaborou com a expansão do Viva e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e, posteriormente, da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde.

É essencial compreender a tentativa de suicídio na perspectiva da prevenção, fazendo-se necessário identificar os fatores determinantes, bem como os fatores de risco que possibilitam o crescente índice de morbimortalidade desse agravo.

Além dos impactos social e econômico causados às comunidades em virtude da necessidade de assistência à saúde para o tratamento das lesões, as tentativas de suicídio afetam significativamente o comportamento psicológico e social dos indivíduos envolvidos.

SINAIS E SINTOMAS DAS PESSOAS EM RISCO DE SUICÍDIO

Pessoas com ideias de morte podem demonstrar por meio de palavras e atitudes. Os sinais e sintomas informam um possível comportamento suicida, como:

“Quero morrer!”;

“A vida não vale a pena!”;

“Sou um perdedor!”;

“Não vejo saída!”;

“Ninguém me ama!”;

Comportamento agressivo ou apático;

Dificuldade de concentração;

Choro sem causa aparente.

Dessa maneira, esses pensamentos e comportamentos não podem ser ignorados. Uma escuta qualificada proporciona um espaço de acolhimento do sofrimento de quem fala, desencadeando um alívio e amparo necessários, dando início a uma possível solução de demandas.

NOTIFICAÇÃO

A ficha de notificação individual (ANEXO A) deve ser utilizada para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/ intrafamiliar, sexual, autoprovocada (autoagressões e tentativas de suicídio), tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) considera lesões autoprovocadas intencionalmente do CID X60 a X84 (ANEXO B).

MEDIDAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

A Campanha “Setembro Amarelo” atua na prevenção ao suicídio, causa estimulada e divulgada internacionalmente pela Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (*International Association for Suicide Prevention – IASP*). No dia 10 de setembro, foi oficializado o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio com o objetivo de divulgar informações à população sobre as seguintes formas de prevenção ao suicídio:

- I. **Redução de acesso aos meios utilizados (pesticidas, armas);**
- I. **Identificação precoce, tratamento e assistência às pessoas com transtornos mentais, dores crônicas, estresse emocional agudo ou que fazem uso de substâncias;**
- II. **Formação de trabalhadores não especializados para avaliar e gerenciar comportamentos suicidas;**
- III. **Acompanhamento e prestação de apoio comunitário às pessoas que tentaram suicídio.**

Apesar da complexidade, o suicídio pode ser evitado em tempo oportuno por meio de informações confiáveis e ações não onerosas; porém, é necessária a integração dos setores saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia para medidas mais eficazes.



Ligue 188!

No Brasil, o CVV – Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntariamente e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone (basta discar 188), e-mail e chat 24 horas, todos os dias.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, J.J.; SILVA, F.V. As cores da vida: Estratégias biopolíticas nas campanhas setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul. **Revista Eletrônica do Netli**: 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.

Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 4ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. **Bol. Epidemiol.**: 2017.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v.48, n.30, Setembro. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2020.

DE OLIVEIRA, M. E. Casé *et al.* Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3191-e3191, 2020.

FÉLIX, T.A. *et al.* Risk of self-inflicted violence: a presage of tragedy, an opportunity for prevention, 2019.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde: Folha informativa – Suicídio. Agosto de 2018.

Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em: 28 set. 2020.

ROBERTO, T. M. L. *et al.* Caracterização do perfil do indivíduo em caso de violência autoprovocada 2019.

WHO. World Health Organization: Suicide. 2 Setembro 2019. Disponível em:

<<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 28 set. 2020.

ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (FRENTE)

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação					
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)							
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência			
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)							
Notificação Individual	10 Nome do paciente						11 Data de nascimento					
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M- Masculino <input type="checkbox"/> F- Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado					
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica											
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe							
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência			Código (IBGE)		21 Distrito				
	22 Bairro			23 Logradouro (rua, avenida,...)				Código				
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)				26 Geo campo 1					
	27 Geo campo 2			28 Ponto de Referência			29 CEP					
	30 (DDD) Telefone			31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)						
	Dados Complementares											
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social					34 Ocupação						
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado											
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)			3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado			37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transsexual			3-Homem Transsexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras			1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado						
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência			Código (IBGE)		42 Distrito				
	43 Bairro			44 Logradouro (rua, avenida,...)				Código				
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)				47 Geo campo 3		48 Geo campo 4			
	49 Ponto de Referência			50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana 2- Rural 3- Periurbana 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)						
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/>		01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola			04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública			07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado											

ANEXO A- FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA (VERSO)

Violença	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado □ □		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
Violença Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	69 Data de encerramento □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
Nome	Função	Assinatura	

ANEXO B- DECLARAÇÃO DE ÓBITO



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

Declaração de Óbito

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
	5 Nome da Falecida				
	6 Nome da Mãe		7 Nome da Mãe		
II Residência	8 Data de nascimento		9 Mãe Atas completas Meses de 1 ano Meses Dia Hora Minutos Ignorado		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado
	11 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)		3 Médio (origem 2ª grau) Ignorado		4 Superior incompleta 5 Superior completa
	12 Legadoiro (rua, praça, avenida, etc.)		Número		Complemento
III Ocorrência	13 Bairro/Distrito		Código	14 Município de residência	
	15 Local de ocorrência da morte <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Ignorado		16 Estabelecimento		Código ONES
	17 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)		Número		Complemento
IV Fetal ou menor que 1 ano	18 Bairro/Distrito		Código	19 Município de ocorrência	
	20 Bairro/Distrito		Código	21 Município de residência	
	22 Bairro/Distrito		Código	23 Município de ocorrência	
V Condições e causas do óbito	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	24 Idade (anos)		25 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)		3 Médio (origem 2ª grau) Ignorado
	26 Número de filhas vivas Nascidas vivas Partos (leitos) abortos		27 Nº de semanas de gestação		4 Superior incompleta 5 Superior completa
VI Médico	28 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		29 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado		6 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002
	30 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorado		31 Peso ao nascer		7 Número da Declaração de Nascimento Vivo
	32 Nome do Médico		33 CRM		34 Óbito atestado per Médico 1 Assistente 2 Substituto 3 IML
VII Causas externas	35 Município e UF de SVO ou IML		36 Município		UF
	37 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		38 Data do atestado		39 Assinatura
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)				
VIII Cartório	40 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Outros		41 Acidente de trabalho 1 Sim 2 Não		42 Fonte de informação 1 Residência de Ocorrência 2 Hospital 3 Família 4 Outro 5 Ignorado
	43 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência				
	44 Se a ocorrência for em via pública, ANOTAR O ENDEREÇO 45 Legadoiro (rua, praça, avenida, etc.)				
IX Localid. S/ Médico	46 Cartório		Código	47 Registro	
	48 Município		49 Data		50 UF
	51 Declarante		52 Testemunhas A B		

Secretaria Executiva de Vigilância
e Regulação Em Saúde - SEVIR

Av. Almirante Barroso, 600
Praia de Iracema. CEP 60.060-440

www.saude.ce.gov.br



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde