



# MODELO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
3ª VIA - UNIDADE DE SAÚDE

**Declaração de Nascido Vivo**

---




República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
3ª VIA - CARTÓRIO

**Declaração de Nascido Vivo**

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN

---




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

**Declaração de Nascido Vivo**

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN

---



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**Declaração de Nascido Vivo**

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN

---

I Identificação do Recém-nascido

II Local de ocorrência

III Identificação do Recém-nascido

IV Identificação do Recém-nascido

V Identificação do Recém-nascido

VI Identificação do Recém-nascido

VII Identificação do Recém-nascido

VIII Identificação do Recém-nascido

**1** Nome do Recém-nascido (RN) \_\_\_\_\_

**2** Data e hora do nascimento

**3** Sexo:  M - Masculino  F - Feminino  I - Ignorado

**4** Raza / cor do Recém-nascido:  Branca  Amarela  Indígena  Preta  Parda

**5** Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ em gramas

**6** Índice de Apgar - 1º e 5º minutos: \_\_\_\_\_

**7** Comprimento: \_\_\_\_\_ em cm

**8** Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ em cm

**9** Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalias congênicas para descrevê-las.

**10** Local da ocorrência:  Hospital  Domicílio  Aldeia indígena  Outros

**11** Estabelecimento: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_

**12** Endereço da ocorrência, se fora de estab. ou de resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc): \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ **13** CEP: \_\_\_\_\_

**14** Bairro/Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ **15** Município de ocorrência: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ **16** UF: \_\_\_\_\_

**17** Nome: \_\_\_\_\_ **18** Cartão SUS: \_\_\_\_\_

**19** Escolaridade (última série concluída):

Nível:  Sem escolaridade  Fundamental I (1ª a 4ª série)  Fundamental II (5ª a 8ª série)  Médio (antigo 2º grau)  Superior incompleto  Superior completo  Ignorada

Série: \_\_\_\_\_

**20** Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado(a) ou desempregado(a)): \_\_\_\_\_ Código CBO 2002: \_\_\_\_\_

**21** Data de nascimento: \_\_\_\_\_ **22** Idade (anos): \_\_\_\_\_ **23** Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**24** Situação conjugal:  Solteiro (o)  Casado(a)  Viúvo(a)  Separado (a) judicialmente  Divorçado (a)  União estável  Ignorado

**25** Raça / Cor:  Branca  Preta  Amarela  Indígena  Parda

**26** Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ **27** CEP: \_\_\_\_\_

**28** Bairro/Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ **29** Município: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ **30** UF: \_\_\_\_\_

**31** Nome: \_\_\_\_\_ **32** Idade: \_\_\_\_\_

**33** Histórico gestacional:

• Nº gestações anteriores: \_\_\_\_\_ • Nº de partos vaginais: \_\_\_\_\_ • Nº de cesáreas: \_\_\_\_\_ • Nº de nascidos vivos: \_\_\_\_\_ • Nº de perdas fetais / abortos: \_\_\_\_\_

**34** Gestação atual (última gestacional):

**35** Data da última Menstruação (DUM): \_\_\_\_\_

**36** Nº de semanas de gestação, se DUM ignorado: \_\_\_\_\_

Método utilizado para estimar:  Exame físico  Outro método  Ignorado

**37** Número de consultas de pré-natal: \_\_\_\_\_ **38** Mês da gestação em que iniciou o pré-natal: \_\_\_\_\_

**39** Tipo de gravidez:  Única  Gêmea  Não se sabe

**40** Apresentação:  Cefálica  pélvica ou Podálica  Transversal  Ignorado

**41** O Trabalho de parto foi induzido?  Sim  Não  Ignorado

**42** Tipo de parto:  Vaginal  Cesárea  Ignorado

**43** Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciado?  Sim  Não  Não se aplica  Ignorado

**44** Nascimento assistido por:  Médico  Enfermeiro ou Obstetra  Parteira  Outros  Ignorado

**45** Descrever todas as anomalias congênicas observadas: \_\_\_\_\_

**46** Data do preenchimento: \_\_\_\_\_ **47** Nome do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_ **48** Função:  Médico  Enfermeiro  Parteira  Func. Cartório  Outros (descrever): \_\_\_\_\_

**49** Tipo de documento:  CNES  QEM  COREN  RG  CPF

**50** Nº do documento: \_\_\_\_\_ **51** Órgão emissor: \_\_\_\_\_

**52** Cartório: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ **53** Registro: \_\_\_\_\_ **54** Data: \_\_\_\_\_

**55** Município: \_\_\_\_\_ **56** UF: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO**  
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.  
Para registrar esta criança, a(o) responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

Versão 06/21 - 1ª impressão 01/2022 V-CAMP - BR