



Declaração de Nascido Vivo

Número do Cartão Nacional de Saúde do RN

Identificação do recém-nascido

1 Nome do Recém-nascido (RN)		Número do Cartão Nacional de Saúde do RN	
2 Data e hora do nascimento Data: _____ Hora: _____		3 Sexo ☐ M - Masculino ☐ I - Ignorado ☐ F - Feminino	4 Raça / cor do Recém-nascido 1 ☐ Branca 3 ☐ Amarela 5 ☐ Indígena 2 ☐ Preta 4 ☐ Parda
5 Peso ao nascer em gramas	6 Índice de Apgar - 1º e 5º minutos 1º _____ 5º _____	7 Comprimento Em cm 1 casa decimal	8 Perímetro cefálico Em cm 1 casa decimal
9 Detectada alguma anomalia congênita? Usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Ignorado			

Local da ocorrência

7 Local da ocorrência 1 ☐ Hospital 3 ☐ Domicílio 5 ☐ Aldeia Indígena 2 ☐ Outros estab. saúde 4 ☐ Outros 9 ☐ Ignorado		8 Estabelecimento Código CNES	
9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)		Número	10 CEP
11 Bairro/Distrito	Código	12 Município de ocorrência	Código
		13 UF	

Parturiente

14 Nome		15 Cartão SUS	
16 Escolaridade (última série concluída) 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 9 ☐ Ignorado		17 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) Código CBO 2002	
18 Data de nascimento	19 Idade (anos)	20 Naturalidade Município / UF (se estrangeira(o) informar País)	21 Situação conjugal 1 ☐ Solteira (o) 4 ☐ Separada (o) judicialmente/ divorciada (o) 2 ☐ Casada (o) 5 ☐ União estável 3 ☐ Viúva (o) 9 ☐ Ignorado
22 Raça / Cor 1 ☐ Branca 4 ☐ Parda 2 ☐ Preta 5 ☐ Indígena 3 ☐ Amarela			
23 Residência Logradouro		Número	24 CEP
25 Bairro/Distrito	Código	26 Município	Código
		27 UF	

Resp. legal

28 Nome	29 Idade
---------	----------

Gestação e parto

30 Gestações anteriores Histórico gestacional ■ Nº gestações anteriores _____ ■ Nº de partos vaginais _____ ■ Nº de cesáreas _____ ■ Nº de nascidos vivos _____ ■ Nº de perdas fetais / abortos _____	
31 Gestação atual Idade Gestacional Data da Última Menstruação (DUM) ____/____/____	
32 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada _____ Método utilizado para estimar 1 ☐ Exame Físico 2 ☐ Outro método 9 ☐ Ignorado	33 Número de consultas de pré-natal 99 ☐ Ignorado
34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____ 99 ☐ Ignorado	35 Tipo de gravidez 1 ☐ Única 2 ☐ Dupla 3 ☐ Tripla ou mais 9 ☐ Ignorado
36 Apresentação 1 ☐ Cefálica 2 ☐ Pélvica ou Podálica 3 ☐ Transversa 9 ☐ Ignorado	37 O Trabalho de parto foi induzido? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado
38 Tipo de parto 1 ☐ Vaginal 2 ☐ Cesáreo 9 ☐ Ignorado	39 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Não se aplica 9 ☐ Ignorado
40 Nascimento assistido por 1 ☐ Médico 2 ☐ Enfermeira ou Obstetriz 3 ☐ Parteira 4 ☐ Outros 9 ☐ Ignorado	

Anomalia congênita

41 Descrever todas as anomalias congênitas observadas

Preenchimento

42 Data do preenchimento	43 Nome do responsável pelo preenchimento	44 Função 1 ☐ Médico 2 ☐ Enfermeira 3 ☐ Parteira 4 ☐ Func. Cartório 5 ☐ Outros (descrever)
45 Tipo documento 1 ☐ CNES 2 ☐ CRM 3 ☐ COREN 4 ☐ RG 5 ☐ CPF	46 Nº do documento	47 Órgão emissor

Cartório

48 Cartório	Código	49 Registro	50 Data
51 Município			52 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.