



Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de População e Indicadores Sociais

REGISTRO CIVIL
ÓBITOS FETAIS - RC.4
(Nascidos mortos, Natimortos, Fetos)

1 IDENTIFICAÇÃO				
UF				
MUNICÍPIO				
DISTRITO				
TRIM	ANO	LIVRO Nº	Nº DE QUESTIONÁRIOS POR LIVRO	
	2 0			

PARA USO DO IBGE						
CAMPO-CHAVE						
MOD	TRIM	UF	MUNICÍPIO - DV	DISTR	CART	ARROL
4						

INSTRUÇÕES: Preencher o questionário de forma legível, de acordo com as instruções, com caneta esferográfica azul ou preta. Destina-se este questionário aos arrolamentos dos Óbitos Fetais registrados no Cartório durante o trimestre considerado. Os arrolamentos deverão ser feitos em questionários distintos para cada livro. Não arrolar registro que pertença a mês não abrangido pelo trimestre considerado. Não há necessidade de mudar de questionário para separar cada mês do trimestre. Quando houver registro anulado, o Nº DO REGISTRO NO LIVRO (coluna 3) deverá ser anotado e, a seguir, na mesma linha, escrever: ANULADO PELO CARTÓRIO. Não usar aspas para qualquer tipo de registro. **Qualquer observação ou anotação deverá ser feita no verso do respectivo questionário.**

PREENCHIMENTO: Coluna 2: Registrar o nº da declaração de óbito (DO). Coluna 3: Registrar o nº do registro do óbito fetal no livro CAUXILIAR. Colunas 4 e 5: Registrar a data do registro do óbito fetal. Coluna 6: Registrar com o código correspondente o local de ocorrência do óbito fetal. Coluna 7: Registrar a sigla da Unidade da Federação (UF) do lugar de ocorrência do óbito fetal. Coluna 8: Registrar, sem abreviar, o nome do Município do lugar de ocorrência do óbito fetal. Coluna 9: Registrar o código correspondente ao tipo de gravidez. Coluna 10: Registrar o código correspondente ao sexo. Colunas 11 e 12: Registrar a sigla da UF de nascimento dos genitores. Se UF desconhecida ou genitor (a) naturalizado (a), registrar BR (Brasil). Se estrangeiro (a), registrar o nome do País. Coluna 13: Registrar a sigla da UF do lugar de domicílio/residência da genitora na ocasião do parto. Se lugar do domicílio/residência no estrangeiro, registrar EST (Estrangeiro). Coluna 14: Registrar, sem abreviar, o nome do Município do lugar do domicílio/residência da genitora. Se lugar do domicílio/residência no estrangeiro, registrar o nome do País. Coluna 15: Registrar a idade da genitora na ocasião do parto com 2 (dois) algarismos. Se idade ignorada, registrar (99). Coluna 16: Registrar o código correspondente ao tempo de duração da gestação em semanas.

2	CARACTERÍSTICAS DO REGISTRO								3	CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS GENITORES						
---	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--

Nº DE ORDEM DO ARROLAMENTO	DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº	Nº DO REGISTRO NO LIVRO	DATA DO REGISTRO		LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO FETAL 1 = Hospital 2 = Outros estab. de saúde sem internação 3 = Domicílio 4 = Outros 9 = Ignorado	LUGAR DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO FETAL		TIPO DE GRAVIDEZ 1 = Única 2 = Dupla (gêmeo) 3 = Tripla ou mais (trigêmeo ou mais) 9 = Ignorado	SEXO 1 = Masculino 2 = Feminino 9 = Ignorado	LUGAR DE NASCIMENTO DOS GENITORES		NA OCASIÃO DO PARTO			DURAÇÃO DA GESTAÇÃO EM SEMANAS 1 = Menos de 22 2 = De 22 a 27 3 = De 28 a 31 4 = De 32 a 36 5 = De 37 a 41 6 = 42 ou mais 9 = Ignorado	Nº DE ORDEM DO ARROLAMENTO	
			Dia	Mês		Sigla da UF	Município			Pai	Mãe	Lugar de domicílio ou residência da genitora		Idade da genitora em anos completos			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17
01																	01
02																	02
03																	03
04																	04
05																	05
06																	06
07																	07
08																	08
09																	09
10																	10
11																	11
12																	12
13																	13
14																	14
15																	15
2			2	2	1			1	1						2	2	2

2		CARACTERÍSTICAS DO REGISTRO								3		CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS GENITORES				
Nº DE ORDEM DO ARROLAMENTO	DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº	Nº DO REGISTRO NO LIVRO	DATA DO REGISTRO		LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO FETAL	LUGAR DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO FETAL		TIPO DE GRAVIDEZ	SEXO	LUGAR DE NASCIMENTO DOS GENITORES		NA OCASIÃO DO PARTO			DURAÇÃO DA GESTAÇÃO EM SEMANAS	Nº DE ORDEM DO ARROLAMENTO
			Dia	Mês	1 = Hospital 2 = Outros estab. de saúde sem internação 3 = Domicílio 4 = Outros 9 = Ignorado	Sigla da UF	Município	1 = Única 2 = Dupla (gêmeo) 3 = Tripla ou mais (trigêmeo ou mais) 9 = Ignorado	1 = Masculino 2 = Feminino 9 = Ignorado	Pai	Mãe	Lugar de domicílio ou residência da genitora		Idade da genitora em anos completos		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
16																16
17																17
18																18
19																19
20																20
21																21
22																22
23																23
24																24
25																25
26																26
27																27
28																28
29																29
30																30
31																31
32																32
33																33
34																34
35																35
2			2	2	1			1	1					2	2	2

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

Declaro que o questionário foi preenchido de acordo com as "instruções".

Data:

Assinatura do Oficial do Registro Civil: