

**Legislação Relativa aos  
Sistemas de Informações sobre  
Mortalidade (SIM) e  
sobre Nascidos Vivos (SINASC)**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Análise de Situação de Saúde

**Legislação Relativa aos  
Sistemas de Informações sobre  
Mortalidade (SIM) e  
sobre Nascidos Vivos (SINASC)**

Brasília – DF  
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Série E. Legislação de Saúde

Versão preliminar

**Edição e distribuição**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Análise de Situação de Saúde

Produção: Núcleo de Comunicação

**Endereço**

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede

CEP: 70058-900, Brasília - DF

*E-mail* [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)

Endereço eletrônico [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
INTRODUÇÃO.....	7
Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973 .....	9
<i>Lei dos Registros Públicos</i>	
Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975.....	12
<i>Altera dispositivos da Lei nº 6.015/73</i>	
Constituição Federal de 1988.....	14
Lei nº 7.844, de 18 de outubro de 1989.....	15
<i>Alterando a redação do Art 30 da Lei 6.015/73</i>	
Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 .....	16
<i>Estatuto da Criança e do Adolescente</i>	
Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 .....	19
<i>Lei Orgânica da Saúde</i>	
Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994 .....	21
<i>Regulamenta o art. 236 da Constituição Federal que dispõe sobre serviços notariais e de registro</i>	
Lei nº 9.534, de 10 de dezembro de 1997 .....	22
<i>Estabelecendo a gratuidade do fornecimento de Certidões</i>	
Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997 .....	24
<i>Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição</i>	
Portaria nº 3.947/GM, de 25 de novembro de 1998.....	26
<i>Estabelece os padrões comuns mínimos dos sistemas e bases de dados na área de saúde</i>	
Portaria nº 1.929/GM, de 9 de outubro de 2003.....	29
<i>Promove a organização do Sistema Nacional de Informações em Saúde</i>	

Portaria nº 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999 . . . . .	31
<i>Regulamentando a NOB SUS 01/96, na área de epidemiologia e controle de doenças</i>	
Resolução CFM nº 1.601/00, de 9 de agosto de 2000 . . . . .	45
<i>Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.</i>	
Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001 . . . . .	48
<i>Estabelece as normas do NOAS SUS 01/2001</i>	
Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003 . . . . .	51
<i>Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e SINASC.</i>	

## APRESENTAÇÃO

Apresentamos, neste documento, uma compilação dos principais textos legais referentes aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade – SIM e sobre Nascidos Vivos – SINASC, gerenciados pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise de Situação de Saúde – Ministério da Saúde.

O objetivo é possibilitar aos usuários dos sistemas o conhecimento da legislação pertinente, dirimindo dúvidas sobre a propriedade de certos procedimentos.

Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Secretário de Vigilância em Saúde

## INTRODUÇÃO

Criado em 1975, o Sistema de Informações sobre Mortalidade esteve subordinado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica – DVE da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde – SNABS, do Ministério da Saúde, até o ano de 1991, quando, por ocasião da Reforma Administrativa, aquele órgão foi extinto e suas atribuições atinentes aos sistemas de informações em saúde foram transferidas para o Centro Nacional de Epidemiologia, da recém-criada Fundação Nacional de Saúde.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos foi criado em 1989, ainda sob a vigência da SNABS, mas sua implantação efetiva se deu a partir de 1991, já sob a égide da Fundação Nacional de Saúde.

Os sistemas foram aceitos de imediato pelas Secretarias Estaduais de Saúde e seu funcionamento se deu graças a um implícito “acordo de cavalheiros”, considerando a não-existência de documento oficiais que os regulamentassem ou mesmo que justificassem sua existência.

Essa inexistência de legislação acarretou uma série de problemas, principalmente para o SINASC, pela exigência feita aos Cartórios do Registro Civil para aceitarem aquele novo documento informativo sem um dispositivo legal que os obrigasse a tal; foi necessária uma série de providências junto aos Srs Corregedores Estaduais de Justiça para que um provimento, documento normativo expedido pelas Corregedorias, fosse encaminhado aos responsáveis pelos cartórios. No que concerne ao SIM, havia um discreto apoio, representado pela Lei dos Registros Públicos – Lei 6.015, de 31 dez 73, que, em seu artigo 77, mencionava a necessidade de um atestado médico para o fornecimento da competente Certidão de Óbito.

Eram freqüentes solicitações dos responsáveis pelos sistemas, no nível estadual, sendo necessária, para contornar os óbices, a elaboração de normas estaduais para que aqueles sistemas continuassem a prestar seu inestimável serviço às estatísticas em epidemiologia.

Conseqüentes a discussões sobre o assunto, foram enfim lavrados e postos em execução documentos destinados a legalizar não apenas os sistemas, como também especificar quem seriam seus gestores, quais suas atribuições, e estabelecendo responsabilidades operacionais, tanto no campo estatístico como no de informática.

O escopo a que nos propomos é possibilitar, aos usuários nos diversos níveis, o conhecimento da legislação específica, por meio de uma apresentação em ordem cronológica dos diplomas legais, e um ligeiro comentário sobre os pontos que realmente interessam aos sistemas.

Os documentos serão apresentados alguns em forma completa, pela abrangência de seus artigos sobre os sistemas de informações, enquanto outros apresentam apenas os artigos que interagem diretamente com o SIM e o SINASC.



# Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973

## Lei dos Registros Públicos

*Dispõe sobre os registros públicos e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### **TÍTULO I**

#### **Das Disposições Gerais**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Das Atribuições**

**Art. 1º** Os serviços concernentes aos Registros Públicos, estabelecidos pela legislação civil para autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos, ficam sujeitos ao regime estabelecido nesta Lei.

§ 1º Esses registros são:

- I - o registro civil de pessoas naturais;
- II - ...
- III - ...
- IV - ...
- V - ...

### **TÍTULO II**

#### **Do Registro de Pessoas Naturais**

#### **CAPÍTULO I**

##### **Disposições Gerais**

**Art. 29.** Serão registrados no registro civil de pessoas naturais:

- I - os nascimentos;
- II - ...
- III - os óbitos;
- IV - ...

**Art. 30.** Das pessoas comprovadamente pobres, à vista de atestado da autoridade competente, não será cobrado emolumento pelo registro civil e respectiva certidão.

## CAPÍTULO IV Do Nascimento

- Art. 51.** Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro no cartório do lugar em que tiver ocorrido o parto, dentro de quinze (15) dias, ampliando-se até três (3) meses para os lugares distantes mais de trinta (30) quilômetros da sede do cartório.
- Art. 53.** São obrigados a fazer declaração de nascimento:
- 1º) o pai;
  - 2º) em falta ou impedimento do pai, a mãe, sendo neste caso o prazo para declaração prorrogado por quarenta e cinco (45) dias;
  - 3º) no impedimento de ambos, o parente mais próximo, sendo maior e achando-se presente;
  - 4º) em falta ou impedimento do parente referido no número anterior os administradores de hospitais ou os médicos e parteiras que tiverem assistido o parto;
  - 5º) pessoa idônea da casa em que ocorrer, sendo fora da residência da mãe;
  - 6º) finalmente, as pessoas encarregadas da guarda do menor.
- § 1º Quando o oficial tiver motivo para duvidar da declaração, poderá ir à casa do recém-nascido verificar a sua existência, ou exigir a atestação do médico ou parteira que tiver assistido o parto, ou o testemunho de duas pessoas que não forem os pais e tiverem visto o recém-nascido.
- § 2º Tratando-se de registro fora do prazo legal, o oficial, em caso de dúvida, poderá requerer ao juiz as providências que forem cabíveis para esclarecimento do fato.
- Art. 54.** No caso de ter a criança nascido morta ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito.

## CAPÍTULO IX Do Óbito

- Art. 78.** Nenhum enterramento será feito sem certidão de oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado do médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas, que tiverem presenciado ou verificado a morte.
- Parágrafo único. Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de um ano, o oficial indagará se foi registrado o nascimento, e fará a

verificação no respectivo livro quando houver sido no seu cartório; em caso de falta, tomará previamente o assento omitido.

**Art. 79.** Na impossibilidade de ser feito o registro dentro de 24 (vinte e quatro) horas do falecimento, pela distância ou qualquer outro motivo relevante, o assento será lavrado depois, com a maior urgência, e dentro dos prazos fixados no artigo 51.

**Art. 80.** São obrigados a fazer declaração de óbito:

- 1º) o chefe de família, a respeito de sua mulher, filhos, hóspedes, agregados e fâmulos;
- 2º) a viúva, a respeito de seu marido, e de cada uma das pessoas indicadas no número antecedente;
- 3º) o filho, a respeito do pai ou da mãe; o irmão, a respeito dos irmãos e demais pessoas de casa, indicadas no n. 1; o parente mais próximo maior e presente;
- 4º) o administrador, diretor ou gerente de qualquer estabelecimento público ou particular, a respeito dos que nele faleceram, salvo se estiver presente algum parente em grau acima indicado;
- 5º) na falta de pessoa competente, nos termos dos números anteriores, a que tiver assistido aos últimos momentos do finado, o médico, o sacerdote ou vizinho que do falecimento tiver notícia;
- 6º) a autoridade policial, a respeito de pessoas encontradas mortas.

Parágrafo único. A declaração poderá ser feita por meio de preposto, autorizando o declarante em escrito de que constem os elementos necessários ao assento de óbito.

EMÍLIO G. MÉDICI  
Alfredo Buzaid

## Lei nº 6.216, de 30 de junho de 1975

*Altera a Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art 1º** A Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, vigorará com as seguintes modificações:

### **TÍTULO I** **Das Disposições Gerais**

#### **CAPÍTULO I** **Das Atribuições**

**Art 1º** Nova redação  
“Art. 1º Os serviços concernentes aos Registros Públicos, estabelecidos pela legislação civil para autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos, ficam sujeitos ao regime estabelecido nesta Lei.  
§ 1º Os Registros referidos neste artigo são os seguintes:  
I - o registro civil de pessoas naturais;

#### **CAPÍTULO IV** **Do Nascimento**

**Art 51.** Passa a art. 50, com nova redação do *caput*, mantidos os parágrafos.  
“Art. 50. Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro, (VETADO) no lugar em que tiver ocorrido o parto (VETADO), dentro do prazo de 15 (quinze) dias, ampliando-se até 3 (três) meses para os lugares distantes mais de 30 (trinta) quilômetros da sede do cartório”.

**Art 52.** Passa a art. 51.

**Art 53.** Passa a art. 52, com nova redação ao item 6º.  
“6º finalmente, as pessoas (VETADO) encarregadas da guarda do menor”.

**Art 54.** passa a art. 53, com nova redação.

“Art. 53. No caso de ter a criança nascido morta, ou no de ter morrido na ocasião do parto, será, não obstante, feito o assento com os elementos que couberem e com remissão ao do óbito.

§ 1º No caso de ter a criança nascido morta, será o registro feito no livro “C Auxiliar”, com os elementos que couberem.

§ 2º No caso de a criança morrer na ocasião do parto, tendo, entretanto, respirado, serão feitos os dois assentos, o de nascimento e o de óbito, com os elementos cabíveis e com remissões recíprocas”.

**Art 55.** Passa a art. 54, com nova redação ao item 2º.  
“§ 2º O sexo do registrando”;

## **CAPÍTULO IX Do Óbito**

**Art 78.** passa a art. 77, com nova redação  
“Art. 77. Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

Brasília, 30 de junho de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

**ERNESTO GEISEL**  
Armando Falcão

# Constituição Federal de 1988

## TÍTULO II Dos Direitos e Garantias Fundamentais

### CAPÍTULO I Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos

**Art. 5º** Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

...

...

...

LXXVI. são gratuitos para os reconhecidamente pobres, na forma da lei:

a) o registro civil de nascimento;

b) a certidão de óbito;

...

...

## Lei nº 7.844, de 18 de outubro de 1989

*Disciplina o inciso LXXVI do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, alterando a redação do art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º** O art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 30. Das pessoas reconhecidamente pobres não serão cobrados emolumentos pelo registro civil de nascimento e pelo assento de óbito e respectivas certidões.

§ 1º O estado de pobreza será comprovado por declaração do próprio interessado ou a rogo, em se tratando de analfabeto, neste caso acompanhada da assinatura de duas testemunhas.

§ 2º A falsidade da declaração ensejará a responsabilidade civil e penal do interessado.”

**Art. 2º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 3º** Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 18 de outubro de 1989; 168º da Independência e 101º da República.

**JOSÉ SARNEY**  
J. Saulo Ramos

# Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

## Estatuto da Criança e do Adolescente

*Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### **LIVRO I** **Parte Geral**

### **TÍTULO I** **Das Disposições Preliminares**

- Art. 1º** Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
- Art. 2º** Considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.  
Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.
- Art. 3º** A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.
- Art. 4º** É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.  
Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:
- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
  - b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;



- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

**Art. 5º** Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

**Art. 6º** Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

## **TÍTULO II** **Dos Direitos Fundamentais**

### **CAPÍTULO I** **Do Direito à Vida e à Saúde**

**Art. 7º** A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

**Art. 8º** É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao Poder Público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

**Art. 9º** O Poder Público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

**Art. 10.** Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a:

- I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;
- II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;
- III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;
- IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;
- V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe.

Brasília, 13 de julho de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

**FERNANDO COLLOR**

Bernardo Cabral  
Carlos Chiarelli  
Antônio Magri  
Margarida Procópio

# Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

## Lei Orgânica da Saúde

*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

**Art. 1º** Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

### **TÍTULO I**

#### **Das Disposições Gerais**

**Art. 2º** A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

**Art. 3º** A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social e serviços de saúde com finalidade lucrativa.

## **Das Disposições Finais e Transitórias**

**Art. 47.** O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

**FERNANDO COLLOR**

Alceni Guerra

## **Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994**

*Regulamenta o art. 236 da Constituição Federal, dispondo sobre serviços notariais e de registro.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

### **TÍTULO I Dos Serviços Notariais e de Registros**

#### **CAPÍTULO I Natureza e Fins**

**Art. 1º** Serviços notariais e de registro são os de organização técnica e administrativa destinados a garantir a publicidade, autenticidade, segurança e eficácia dos atos jurídicos.

#### **TÍTULO III Das Disposições Gerais**

**Art. 45.** São gratuitos para os reconhecidamente pobres os assentos do registro civil de nascimento e o de óbito, bem como as respectivas certidões.

Brasília, 18 de novembro de 1994;  
173º da Independência e 106º da República.

**ITAMAR FRANCO**  
Alexandre de Paula Dupeyrat Martins

## Lei nº 9.534, de 10 de dezembro de 1997

*Dá nova redação ao art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania; e altera os arts. 30 e 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro.*

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

- Art 1º** O art. 30 da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, alterada pela Lei nº 7.844, de 18 de outubro de 1989, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 30. Não serão cobrados emolumentos pelo registro civil de nascimento nem pelo assento de óbito, bem como pela primeira certidão respectiva.
- § 1º Os reconhecidamente pobres estão isentos de pagamento de emolumentos pelas demais certidões extraídas pelo cartório de registro civil.
- § 2º O estado de pobreza será comprovado por declaração do próprio interessado ou a rogo, tratando-se de analfabeto, neste caso, acompanhada da assinatura de duas testemunhas.
- § 3º A falsidade da declaração ensejará a responsabilidade civil e criminal do interessado.
- § 4º (VETADO)
- § 5º (VETADO)
- § 6º (VETADO)
- § 7º (VETADO)
- § 8º (VETADO)”
- Art 2º** (VETADO)
- Art 3º** O art. 1º da Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso:
- “Art. 1º . . . . .
- VI - O registro civil de nascimento e o assento de óbito, bem como a primeira certidão respectiva.”
- Art 4º** (VETADO)

- Art 5º** O art. 45 da Lei nº 8.935, de 18 de novembro de 1994, passa a vigorar com a seguinte redação:  
“Art. 45. São gratuitos os assentos do registro civil de nascimento e o de óbito, bem como a primeira certidão respectiva.  
Parágrafo único – Para os reconhecidamente pobres não serão cobrados emolumentos pelas certidões a que se refere este artigo.”
- Art 6º** (VETADO)
- Art 7º** Os Tribunais de Justiça dos Estados poderão instituir, junto aos Ofícios de Registro Civil, serviços itinerantes de registro, apoiados pelo poder público estadual e municipal, para provimento da gratuidade prevista nesta Lei.
- Art 8º** Esta Lei entra em vigor no prazo de noventa dias, contados da data de sua publicação.

Brasília, 10 de dezembro de 1997; 176º da Independência e 109º da República.

**FERNANDO HENRIQUE CARDOSO**  
Iris Rezende

## Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997

*Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.*

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando

As diretrizes definidas no plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde para o biênio 97/98;

A necessidade de estabelecer incentivos às ações básicas de vigilância sanitária, vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família e de Combate a Carências Nutricionais;

A necessidade de viabilizar a programação municipal de ações e serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários para o ano de 1998;

A disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde,

RESOLVE:

**Art. 1º** O Piso da Atenção Básica- PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde.

**Art. 6º** A transferência dos recursos do PAB será suspensa no caso da falta de alimentação de informações, pela Secretária de Saúde dos Municípios, junto à Secretária Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos, dos bancos de dados nacionais do:

I - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;

II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC;

III - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN;

IV - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAN;

V - Outros que venham a ser implantados.

Parágrafo único. O envio de informações relativas ao Sistema de Informações Ambulatoriais – SAI/SUS e ao Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS deverá observar o cronograma mensal definido em portaria específica, implicando, no caso de não ter sido observado o cumprimento, em suspensão imediata da transferência total do PAB.



**Art 9º** Tornar sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3b, 15.2.3c, 16.4.3c, 17.5, 17.12, 17.13 da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria 2.203, de 5 de novembro de 1996.

**CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE**

**Portaria nº 3.947/GM, de 25 de novembro de 1998\***

*O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando:*

a necessidade do estabelecimento de padrões comuns mínimos que possibilitem a intercomunicação dos sistemas e bases de dados na área da saúde;  
a necessidade de definição de atributos comuns, de uso obrigatório, relativos à identificação do indivíduo assistido, da instituição ou local de assistência, do profissional prestador do atendimento e da ocorrência registrada;  
os objetivos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs, de que trata a Portaria nº 820, de 25 de junho de 1997;  
a deliberação da Oficina de Trabalho Interagencial, instância colegiada responsável pela condução técnica e o planejamento estratégico da RIPSAs, recomendando a adoção de um conjunto de atributos comuns aplicáveis aos sistemas e bases de dados na área de saúde, resolve:

**Art. 1º** Aprovar os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999.

**Art. 2º** São atributos mínimos para a identificação do indivíduo assistido:

- I - nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único;
- II - número de Cartão do SUS;
- III - número do Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso;
- IV - data de nascimento, indicando dia, mês e ano (quatro dígitos), em que ocorreu;
- V - sexo, indicando se masculino (M), feminino (F) ou ignorado/indefinido (I);
- VI - nome completo da mãe, obtido de documento oficial, registrado num campo único;
- VII - naturalidade, indicando o Município e o Estado de nascimento, com os respectivos códigos do IBGE;
- VIII - endereço, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP).

Parágrafo único. São dados complementares para o reconhecimento do indivíduo assistido nos sistemas de informação que assim o requererem:

- I - raça/cor, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE;
- II - grau de escolaridade, indicando as seguintes situações: (I) qual a última série concluída com aprovação; (II) qual o grau correspondente à última série concluída com aprovação (alfabetização de adultos, antigo primário, antigo ginásio, antigo clássico ou científico, ensino fundamental ou 1º grau, ensino médio ou 2º grau, superior, pós-graduação e nenhum);
- III - situação no mercado de trabalho (empregado, autônomo, empregador, aposentado, dona de casa, estudante e vive de renda);
- IV - ocupação, codificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no nível de agregação de quatro dígitos;
- V - ramo de atividade econômica, codificado de acordo com o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no nível de agregação de dois dígitos.

**Art. 3º** São atributos mínimos para a identificação da instituição ou local de assistência:

- I - nome completo;
- II - razão social;
- III - número do CGC do estabelecimento com identificação da unidade prestadora no caso das instituições públicas;
- IV - endereço oficial da unidade prestadora, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP);
- V - tipo de estabelecimento, segundo classificação adotada pelo Ministério da Saúde.

**Art. 4º** São atributos mínimos para a identificação do profissional prestador do atendimento:

- I - nome completo, obtido de documento oficial, registrado em campo único;
- II - número do Registro de Identidade Civil (RIC), uma vez regulamentado o seu uso;
- III - categoria profissional, codificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no nível de agregação de quatro dígitos;
- IV - número do registro no conselho profissional da unidade federada.

**Art. 5º** São atributos mínimos para a identificação do evento ou do atendimento realizado:

- I - data e hora do atendimento;

- II - local de ocorrência (quando não, o da instituição prestadora, indicando nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, Município, Estado e Código de Endereçamento Postal (CEP));
- III - causa do atendimento, utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças, e indicando se acidente do trabalho ou de trânsito: sim (S), não (N) e ignorado (I);
- IV - diagnóstico, utilizando os códigos da Classificação Internacional de Doenças;
- V - procedimentos, segundo tabela-padrão estabelecida pelo Ministério da Saúde.

**Art. 6º** O Ministério da Saúde, de forma articulada com Estados e Municípios, desenvolverá, até 31 de dezembro de 1999, os seguintes instrumentos necessários ao processo de padronização objeto desta Portaria: cadastro de unidades de saúde, de base municipal, abrangendo as redes pública e privada, definindo-se o elenco mínimo de dados de transmissão obrigatória à direção nacional do SUS;

- I - padronização dos registros clínicos para uso universal no Sistema de Saúde, público e privado, incluindo procedimentos de atenção básica e de promoção da saúde.

**Art. 7º** Fica o Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde incumbido de promover as medidas necessárias ao integral cumprimento das disposições desta Portaria.

**Art. 8º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

---

(\*) Republicada por ter saído com incorreção do original no DOU nº 227-E, Seção 1, pág. 18, de 26.11.98.

## Portaria nº 1.929/GM, de 9 de outubro de 2003

*(Publicada no DOU nº 197, de 10.10.03, Seção 1, página 57)*

Define as atribuições da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Departamento de Informática do SUS no que se refere ao Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e

Considerando as atribuições do Ministério da Saúde como órgão gestor do SUS no nível nacional, no que se refere ao desenvolvimento e manutenção dos sistemas de informação em saúde e a garantia de acesso de gestores, técnicos do setor e da população em geral às suas bases de dados;

Considerando a necessidade de instituir e formalizar as atribuições dos órgãos desse Ministério, em virtude de sua recente reestruturação,

RESOLVE:

**Art. 1º** Designar a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS como órgão gestor dos sistemas de informação abaixo relacionados:

- I. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM;
- II. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC;
- III. Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

Parágrafo único. Entende-se como órgão gestor o responsável pela área finalística que determina o objetivo e os propósitos de um sistema de informações, garantindo que ele cumpra as funções para as quais foi concebido, ou seja, responsável pela definição de variáveis, fluxos de informação, críticas e agregações de dados, além da ordenação de alterações que se fizerem necessárias.

**Art. 2º** A SVS/MS fica incumbida de prestar suporte técnico às Secretarias de Saúde, sempre que se fizer necessário.

**Art. 3º** Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar normas regulamentadoras desta Portaria.

**Art. 4º** Revoga-se a Portaria nº 3.356, de 30 de julho de 1998, publicada no DOU nº 147, Seção 1, pág. 53, de 4 de agosto de 1998.

**Art. 5º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**

## Portaria nº 1.399/GM, de 15 de dezembro de 1999

*Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.*

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema Único de Saúde – SUS e às atribuições do Sistema relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e considerando a necessidade de regulamentar e dar cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996; considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 9 e 10 de junho de 1999, das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças; considerando a aprovação desta Portaria pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

### **CAPÍTULO I** **Das Competências**

#### **Seção I** **Da União**

- Art. 1º** **Compete ao Ministério da Saúde**, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, a Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:
- I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;
  - II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;
  - III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;

- IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- V - normatização técnica;
- VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;
- VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
  - a) imunobiológicos;
  - b) inseticidas;
  - c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (*kits* de diagnóstico).
- VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nesta Portaria;
- IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:
  - a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;
  - b) consolidação dos dados provenientes dos estados;
  - c) retroalimentação dos dados.
- X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC, de abrangência nacional;
- XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;
- XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde- SMS e Secretarias Estaduais de Saúde – SES;
- XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS na elaboração da PPI-ECD de cada estado;



- XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – RNLSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;
- XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no país, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

## **Seção II**

### **Dos Estados**

- Art. 2º** Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:
- I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;
  - II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;
  - III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;
  - IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta Portaria;
  - V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;
  - VI - assistência técnica aos municípios;
  - VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
  - VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
    - a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
    - b) equipamentos de proteção individual;
    - c) seringas e agulhas;

- d) óleo de soja; e
- e) equipamentos de aspersão de inseticidas.
- IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;
- X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:
  - a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
  - b) envio dos dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
  - c) análise dos dados; e
  - d) retroalimentação dos dados.
- XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação – IEC de abrangência estadual;
- XIII - capacitação de recursos humanos;
- XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;
- XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano, e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;
- XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;
- XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.
- XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

- XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

### Seção III Dos Municípios

- Art. 3º** Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:
- I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;
  - II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
  - III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
  - IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
  - V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;
  - VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;
  - VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas, componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;
  - VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;
  - IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;
  - X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;
  - XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;
  - XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investiga-

- ção de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- XIII - vigilância epidemiológica da mortalidade infantil e materna;
- XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:
- a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
  - b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
  - c) análise dos dados; e
  - d) retroalimentação dos dados.
- XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
- XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada – PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;
- XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;
- XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;
- XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

#### **Seção IV Do Distrito Federal**

- Art. 4º** A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, no que couber, simultaneamente, as atribuições referentes a estados e municípios.

#### **CAPÍTULO II Da Programação e Acompanhamento**

- Art. 5º** As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia

e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do seguinte processo:

- I - a FUNASA estabelecerá as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da Federação;
- II - as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores Bipartite – CIB de todas unidades da Federação estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

- Art. 6º** As Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS manterão à disposição da FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das atividades em questão.

### **CAPÍTULO III Da Certificação**

- Art. 7º** São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças:
- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
  - b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
  - c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
  - d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.
- Art. 8º** A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal, aprovada na CIB, será avaliada pela FUNASA e encaminhada para deliberação na CIT;
- Art. 9º** Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plena da Atenção Básica – PAB ou Plena de Sistema Municipal – PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:
- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
  - b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;

- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

**Art. 10.** A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

**Art. 11.** As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

**Art. 12.** Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de vistoria *in loco*, para efeito de certificação.

#### **CAPÍTULO IV Do Financiamento**

**Art. 13.** O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD de cada unidade da Federação destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo I, desta Portaria e será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde.

**Art. 14.** As unidades da Federação serão estratificadas da seguinte forma:

- a) Estrato I – Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- b) Estrato II – Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- c) Estrato III – Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

**Art. 15.** O TFECD de cada unidade da Federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante o somatório das seguintes parcelas:

- a) valor *per capita* multiplicado pela população de cada unidade da Federação;
- b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da Federação;

- c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal, conforme o caso.
- § 1º As contrapartidas de que trata a alínea “c” deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20 %, 30 % e 40 % calculadas sobre o somatório das parcelas definidas nas alíneas “a” e “b” e da parcela de que trata o § 1º do artigo 17, desta Portaria.
- § 2º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos a população e área territorial de cada unidade da Federação são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

**Art. 16.** A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECD estabelecido, informará à Fundação Nacional de Saúde o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações programadas, que, após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o *caput* deste artigo somente será efetivado se o município encontrar-se certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

**Art. 17.** Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da Federação correspondente.

§ 1º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º desta Portaria, será estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor *per capita* que, multiplicado pela população do Município, observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

**Art. 18.** O repasse dos recursos federais do TFECD será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo mês imediatamente anterior.

## CAPÍTULO V Das Penalidades

**Art. 19.** O cancelamento da certificação, com a conseqüente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior, será aplicável nos seguintes casos:

- I - não-cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD;
  - II - falta de comprovação da contrapartida correspondente;
  - III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;
  - IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).
- § 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conforme o caso, e ouvida a CIB, a FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de cancelamento à CIT.
- § 2º O cancelamento da certificação, observados os procedimentos definidos no parágrafo anterior, poderá, também, ser solicitado pela CIB.
- § 3º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assumidas:
- a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou
  - b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

**Art. 20.** Além do cancelamento de que trata o artigo anterior, os gestores estarão sujeitos às penalidades previstas em leis específicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como:

- I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
- II - instauração de tomada de contas especial;
- III - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver;
- IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado;
- V - comunicação à Câmara Municipal;
- VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se for o caso;



## CAPÍTULO VI Das Disposições Gerais

**Art. 21.** Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, para os estados, municípios e Distrito Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições específicas desses níveis de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Portaria.

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no *caput* deste artigo as ações relativas às doenças abaixo especificadas:

- a) Malária;
- b) Leishmanioses;
- c) Esquistossomose;
- d) Febre Amarela e Dengue;
- e) Tracoma;
- f) Doença de Chagas;
- g) Peste;
- h) Filariose;
- i) Bócio;

**Art. 22.** Para maior efetividade na consecução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, por parte dos estados, municípios e Distrito Federal, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

- I - organizar estruturas específicas capazes de realizar todas as atividades sob sua responsabilidade de forma integrada, evitando-se a separação entre atividades de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental em saúde e operações de controle de doenças, preferencialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa, orçamentária e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas Estadual e Municipal de Saúde
- II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle de doenças;
- III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças às atividades desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF;
- IV - integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais – LACEN e da rede conveniada ou contratada com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

## **CAPÍTULO VII**

### **Das Disposições Transitórias**

- Art. 23.** Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente executadas pela FUNASA, serão observadas as seguintes regras:
- I - será constituída, em cada unidade da Federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará um Plano de Descentralização detalhado para o estado, a ser aprovado na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:
    - a) cronograma de descentralização das atividades;
    - b) quantitativo e alocação de recursos humanos;
    - c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.
  - II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada em conjunto entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB;

## **CAPÍTULO VIII**

### **Das Disposições Finais**

- Art. 24.** Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam estabelecidos aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam, o Conselho Estadual de Saúde e a CIT, a não ser em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se caracterize como melhor árbitro.
- Art. 25.** A FUNASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, conforme deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações e equipamentos atualmente utilizados nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA e cada SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.
- Parágrafo Único – Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas regionais existentes nas SES para garantir a continuidade do funcionamento, quando suas instalações e equipamentos forem repassados.
- Art. 26.** Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FUNASA, incluindo os Distritos Sanitários, que executam ações de controle de do-

enças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos à SES ou SMS, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser revogada, excetuando-se o quantitativo definido como necessário para as atividades que permanecerão executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 1º No período de 5 (cinco) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a avaliação da CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade da federação, nos termos do *caput* deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
- b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;
- c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos de trabalho.

§ 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do quantitativo de pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para o ajuste do quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os estados e municípios.

**Art. 27.** Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário, pelo prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e controle de doenças, em caráter suplementar e excepcional às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação do prazo inicial deverão ser autorizadas pela CIT.

**Art. 28.** A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará a capacitação de todos os agentes de controle de endemias, até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância nacional e regional.

**Art. 29.** As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes de controle de endemias cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

**Art. 30.** A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos seus agentes de controle de endemias.

- § 1º Mediante o envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus à indenização de campo, a FUNASA realizará o pagamento devido.
- § 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFECD, a título de parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIB.

**Art. 31.** Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

**Art. 32.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

## Resolução CFM nº 1.601/00, de 9 de agosto de 2000

*Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.*

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

- Art. 14.** O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.  
É vedado ao médico:
- Art. 39.** Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.
- Art. 44.** Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.
- Art. 110.** Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.
- Art. 112.** Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.
- Art. 114.** Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e verificação médico-legal.
- Art. 115.** Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.  
CONSIDERANDO que declaração de óbito é parte integrante da assistência médica;  
CONSIDERANDO a declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levaram diretamente à morte;

CONSIDERANDO que morte não-natural é aquela que sobrevem em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 9 de agosto de 2000,

RESOLVE:

**Art. 1º** O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito são da responsabilidade do médico que a atestou.

**Art. 2º** Os médicos, no preenchimento da declaração de óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural:

I) Morte sem assistência médica:

a. Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos – S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b. Nas localidades sem S.V.O.

A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, e na sua ausência qualquer médico da localidade.

II) Morte com assistência médica:

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência.

b) A declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecido pelo médico assistente e, na sua falta, por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo S.V.O.

2) Morte fetal:

- Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a

20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

- 3) Mortes violentas ou não naturais:
- A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único: Na localidade onde existir apenas 01 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da declaração de óbito.

**Art. 3º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**  
Presidente

**RUBENS DOS SANTOS SILVA**  
Secretário-Geral

## Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001

*O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,*

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996;

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT – e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

- Art. 1º** Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001** que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
- Art. 2º** Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste



Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

**Art. 3º** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

## **ANEXO**

### **NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS NOAS-SUS 01/2001**

#### **CAPÍTULO III**

#### **Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados**

##### **III.1 - CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS**

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

##### **III.2 - DA DESABILITAÇÃO**

###### **II.2.1. Da desabilitação dos municípios**

53. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

###### **III.2.1.1. Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada**

54. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

- A - descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- B - apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;
- C - a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;
- D - apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;

- E - não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
  - F - apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.
55. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo a Fundo, para os municípios:
- A - Não-pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
  - B - Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
  - C - Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.
- III.2.1.2. Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal:
56. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:
- A - não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou
  - B - se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 54 – Capítulo III desta Norma; ou
  - C - não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.
- 56.1. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:
- a) Não-pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador.
  - b) Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
  - c) Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

## Portaria nº 20, de 3 de outubro de 2003

*Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc.*

O Secretário de Vigilância em Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando a necessidade de regulamentar as rotinas de coleta de dados e envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos ocorridos no país para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc, resolve:

### **CAPÍTULO I** **Das Disposições Iniciais**

- Art.1º** O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM.
- Art.2º** O conjunto de ações relativas a coleta e processamento de dados, fluxo e divulgação de informações sobre os nascidos vivos ocorridos no País compõem o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc.

### **CAPÍTULO II** **Das Competências**

- Art.3º** Compete à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, como gestora dos Sistemas de Informações sobre Saúde – SIM e Sinasc, em nível nacional:
- I - estabelecer diretrizes e normas técnicas;
  - II - consolidar os dados provenientes dos estados;
  - III - estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível estadual;
  - IV - retroalimentar os dados para os integrantes do Sistema; e
  - V - divulgar informações e análises epidemiológicas.
- Art. 4º** Compete aos estados:
- I - consolidar os dados provenientes das unidades notificadoras dos municípios por meio de processamento eletrônico;
  - II - estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal;
  - II - remeter os dados ao nível federal, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;

- IV - analisar os dados;
- V - retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde – SMS;
- VI - divulgar informações e análises epidemiológicas; e
- VII - normatizar aspectos técnicos em caráter complementar e atuação do nível federal para o seu território.

**Art. 5º** Compete aos municípios:

- I - coletar e consolidar os dados provenientes das unidades notificantes;
- II - enviar os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos estados;
- III - analisar os dados;
- IV - retroalimentar os dados para as Unidades Notificadoras; e
- V - divulgar informações e análises epidemiológicas.

**Art. 6º** Compete ao Distrito Federal, no que couber, as atribuições referentes a estados e municípios.

### **CAPÍTULO III Dos Sistemas e Documentos-padrão**

#### **Seção I Do Sistema Informatizado**

**Art. 7º** Os sistemas informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados pelos documentos-padrão, terão sob a responsabilidade do Departamento de Análise da Situação de Saúde -DASIS, a distribuição das versões atualizadas às Secretarias Estaduais de Saúde, que as repassarão para as Secretarias Municipais, bem como o treinamento para implantação e operação.

#### **Seção II Dos Documentos-padrão**

**Art. 8º** Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito – DO, constante no Anexo I desta Portaria, como documento-padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre óbitos e indispensável para a lavratura, pelos Cartórios do Registro Civil, da Certidão de Óbito.

**Art. 9º** Deverá ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos – DN, constante do Anexo II desta Portaria, como documento-padrão de uso obrigatório em todo o País, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos,

considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, do art. 10, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Parágrafo único. O DASIS elaborará e divulgará as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN.

**Art. 10.** A DO e a DN terão sua impressão, distribuição e controle sob a responsabilidade da SVS, que poderá delegar estas atividades às Secretarias Estaduais de Saúde.

§ 1º A DO e a DN serão impressas em três vias, conforme fotolito padronizado pela SVS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a delegação prevista neste artigo.

§ 2º Cabe ao DASIS o controle da numeração que será utilizada nos formulários de ambos os sistemas.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que receberem a delegação prevista neste artigo deverão solicitar ao DASIS, sempre que for necessária a impressão de novos formulários, a faixa numérica a ser utilizada.

**Art. 11.** As Secretarias Estaduais de Saúde ficarão responsáveis pela distribuição das DO e DN às Secretarias Municipais de Saúde e estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização de cada um dos documentos-padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DO para as Unidades Notificadoras, a seguir relacionadas:

- I - Estabelecimentos de saúde;
- II - Institutos Médicos Legais – IML;
- III - Serviços de Verificação de Óbitos – SVO; e
- IV - Cartórios de Registro Civil.

§ 3º É permitida a distribuição de formulários de DO a médicos cadastrados pelas Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, vedada sua distribuição às empresas funerárias.

§ 4º As Secretarias Municipais de Saúde ficarão responsáveis pelo fornecimento de formulários de DN para as unidades notificadoras, a seguir relacionadas:

- I - Estabelecimentos de Saúde, onde possam ocorrer partos; e
- II - Cartórios de Registro Civil.

### Seção III

#### Do Processamento dos Dados

**Art. 12.** Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

## **Seção IV**

### **Do Fluxo dos Documentos**

- Art. 13.** No caso de óbitos naturais ocorridos em estabelecimentos de saúde, a DO será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:
- I - 1ª via : Secretaria Municipal de Saúde;
  - II - 2ª via: representante/ responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
  - III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.
- Art. 14.** No caso dos óbitos naturais ocorridos fora dos estabelecimentos de saúde e com assistência médica, a DO será preenchida pelo médico responsável, que deverá dar a seguinte destinação:
- I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e
  - II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.
- § 1º Nos casos de óbitos naturais, sem assistência médica, a DO deverá ser preenchida pelo Médico do Serviço de Verificação de Óbito – SVO, destinando-se as vias conforme o disposto neste artigo.
- § 2º Onde não existir o SVO, a DO será preenchida por médico da localidade, que deverá dar a destinação indicada neste artigo.
- Art. 15.** Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, o responsável pelo falecido, acompanhado de duas testemunhas, comparecerá ao Cartório do Registro Civil solicitando o preenchimento das três vias da DO, que terão a seguinte destinação:
- I - 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e
  - II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.
- Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se, inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Art. 16.** Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, o médico legista do Instituto Médico Legal – IML, ou perito designado para tal finalidade, nas localidades onde não existir o IML, deverão preencher as três vias da DO com a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: Instituto Médico Legal – IML.

**Art. 17.** No caso dos partos hospitalares, a DN será preenchida pela Unidade Notificadora e terá a seguinte destinação:

- I - 1ª via : Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: arquivo da unidade de saúde junto a outros registros hospitalares da puérpera.

**Art. 18.** No caso de partos domiciliares com assistência médica, a DN será preenchida pelo médico responsável, que deverá dar a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

**Art. 19.** No caso de partos domiciliares sem assistência médica, a DN deverá ser preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado, e terá a seguinte destinação:

- I - 1ª via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;
- II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de nascimento junto ao Cartório de Registro Civil, o qual reterá o documento; e
- III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se, inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde e parteiras tradicionais.

**Art. 20.** As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos artigos constantes desta Seção, após consulta e aprovação pela SVS.

## **CAPÍTULO V** **Dos Prazos e Transferência dos Dados**

- Art. 21.** As Secretarias Estaduais de Saúde remeterão, por meio eletrônico, os dados para o DASIS, consolidados trimestralmente, nos seguintes prazos:
- I - 1º trimestre: até 10 de abril;
  - II - 2º trimestre: até 10 de julho;
  - III - 3º trimestre: até 10 de outubro; e
  - IV - 4º trimestre: até 10 de janeiro do ano seguinte.
- Parágrafo único. O fechamento do ano estatístico pela SVS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.
- Art. 22.** Os arquivos enviados pelas Secretarias Estaduais de Saúde à SVS, deverão ser avaliados quanto à qualidade e integridade, antes da realização da transferência.
- Art. 23.** É responsabilidade dos gestores nos três níveis a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do Sinasc.

## **CAPÍTULO VI** **Das Disposições Finais**

- Art. 24.** A falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, e sobre Nascidos Vivos – Sinasc, por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do Piso de Atenção Básica – PAB e o cancelamento da Certificação para Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, bem como a consequente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD.
- Art.25.** Ficam revogadas a Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000, publicada no DOU nº 171, Seção I, págs 33 e 34, de 04 de setembro de 2000, Portaria nº 475, de 31 de agosto de 2000, publicada no DOU nº 171, Seção I, págs 34 e 35, de 04 de setembro de 2000, republicada no DOU nº 4, Seção I, pág 109, de 07 de janeiro de 2002, e Portaria nº 627, de 05 de dezembro de 2001, publicada no DOU nº 238, Seção I, pág 118, de 14 de dezembro de 2001.
- Art. 26.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JARBAS BARBOSA DA SILVA JUNIOR**

---

(\*) Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DOU de 07-10-2003, Seção I, pág 30.