

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 239 DE 15 DE MAIO DE 2026.**

Dispõe sobre a notificação compulsória de anomalias congênitas, em menores de 1 (um) ano, no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados do Estado de Mato Grosso.

**A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**, no uso de suas atribuições legais e considerando:

**I – A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

**II - O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação Inter federativa;

**III - Lei nº 13.685, de 25 de junho de 2018**, que altera a Lei nº 12.732/2012 e a Lei nº 12.662/2012, tornando compulsória a notificação de malformações congênitas no território nacional;

**IV - A Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009**, que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;

**V - A Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026**, que altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 2017, para incluir anomalias congênitas na lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional;

**VI - A Nota Técnica nº 87/2024-CGIAE/DAENT/SVSA/MS**, que orienta sobre a inclusão de informações referentes às anomalias congênitas identificadas até a alta hospitalar ou óbito do nascido vivo na Declaração de Nascido Vivo (DNV);

**VII - Nota técnica nº 3/2026 - SVSA/MS, de 26 de fevereiro de 2026**: que orienta sobre a notificação compulsória das anomalias congênitas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem realizadas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), no caso de nascidos vivos, e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no caso de óbitos fetais e infantis;

**VIII- A Nota Técnica Conjunta nº 54/2026 – DAENT/DEMSP/SVSA de 12 de março de 2026**, que orienta a atuação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar na notificação compulsória das anomalias congênitas nos sistemas oficiais de informação em saúde.

**R E S O L V E:**

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**

**Art. 1º** Instituir a notificação compulsória de anomalias congênitas, em menores de 1 (um) ano, no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados do Estado de Mato Grosso.

**Parágrafo Único:** Serão notificações compulsórias casos de anomalias congênita detectados ao nascimento ou diagnosticados posteriormente, no âmbito dos serviços de saúde e de diagnósticos complementares públicos e privados, que realizam atendimento as gestantes e crianças menores de 1 ano de idade em todo o território do estado de Mato Grosso.

**Art. 2º** O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) é a principal ferramenta para o registro da ocorrência de anomalias congênitas no país, sendo os campos 6 e 41 da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) que coletam informações sobre a presença destas condições no nascido vivo.

**Parágrafo Único:** O sistema estadual IndicaSUS passa a ser a referência estadual para a investigação das notificações compulsórias dos casos de anomalias congênita, conforme Parágrafo Único do Art. 1º, cujo instrumento a ser utilizado é a Ficha de Registro para Investigação de Anomalias Congênitas (IndicaSUS – Notifica Anomalia), conforme modelo constante no Anexo I.

**Art. 3º** A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o instrumento principal para o registro das anomalias congênitas, devendo ser preenchida em 3 vias (branca, amarela e rosa) logo após o nascimento por profissional de saúde, no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência. A primeira via (via branca) deve ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) responsável pelo controle do formulário no prazo máximo de 24 horas a 48 horas após o nascimento, para que o gestor municipal do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) realize o processamento semanal dos dados e encaminhamentos necessários, conforme a classificação da anomalia e definições na Lista de Notificação Compulsória de Doenças e Agravos.

§ 1º Toda DNV notificada como anomalia congênita deverá ter, como complemento de investigação, o preenchimento da Ficha de Registro para Investigação de Anomalias Congênitas (IndicaSUS – Notifica Anomalia), pelo profissional de saúde que prestou a assistência ao nascimento.

a) A ficha deverá ser encaminhada junto com a respectiva via branca da DNV para a SMS de notificação.

§ 2º Quando a anomalia congênita for identificada após o preenchimento da DNV, o registro tardio deverá ser realizado por meio da Ficha de Registro para Investigação de Anomalias Congênitas (IndicaSUS – Notifica Anomalia).

§ 3º Caso a DNV já tenha sido encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a ficha deverá ser preenchida e enviada para processamento no SINASC, devendo ser anexada à 1ª via da DNV para fins de auditoria.

§ 4º As informações complementares registradas após a emissão da DNV destinam-se exclusivamente à vigilância epidemiológica, não tendo implicação legal sobre as vias subsequentes da DNV.

## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT

**Art. 4º** A identificação das anomalias congênicas deverá considerar as seguintes etapas da assistência ao recém-nascido:

- I. Pré-natal** (consultar a caderneta da gestante e registros do obstetra), garantindo que informações prévias sejam consideradas no preenchimento da DNV;
  - a) Em caso de suspeita identificada no pré-natal, aguardar a confirmação diagnóstica para preenchimento dos campos 6 e 41 da DNV, não sendo necessário aguardar essa confirmação para a liberação da DNV. Na confirmação do diagnóstico após a liberação da DNV seguir o parágrafo segundo e terceiro do Art. 3º.
- II. Exame físico na sala de parto**, com avaliação completa dos segmentos corporais e descrição de todas as alterações identificadas;
- III. Exame físico completo entre 12 e 24 horas**, incluindo avaliação antropométrica, semiológica e exames clínicos próprios do período neonatal (reflexo vermelho, Ortolani, transiluminação, sondagens específicas, entre outros);
- IV. Testes de triagem neonatal, observando-se sinais de:**
  - a) Cardiopatias congênicas (teste do coraçãozinho);
  - b) Anomalias orais e labiopalatais (teste da linguinha);
  - c) Anomalias oftalmológicas congênicas (teste do olhinho);
  - d) Anomalias estruturais ou funcionais auditivas (teste da orelhinha).
- V. Exames complementares**, sempre que necessários para confirmação diagnóstica, devendo seus resultados qualificar, sem uso de “suspeitas” ou interrogações no campo 41.

**Parágrafo único:** Quando não houver possibilidade de confirmação diagnóstica, o profissional deverá descrever detalhadamente as alterações observadas no recém nascido no campo 41.

**Art. 5º** Os serviços de diagnóstico por imagem, laboratórios, serviços de genética clínica, ecocardiografia fetal, triagens e demais unidades assistenciais que realizem exames capazes de identificar suspeitas ou confirmações de anomalias congênicas integram o fluxo de vigilância de anomalias congênicas do Estado de Mato Grosso, na condição de serviços notificadores auxiliares.

**Art. 6º** Os serviços de diagnóstico que identificarem suspeita ou confirmação de anomalia congênita devem realizar o envio do laudo completo para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, que ficará responsável pela investigação e notificação na

Ficha de Registro para Investigação de Anomalias Congênicas (IndicaSUS – Notifica Anomalia).

- I.** A Vigilância Epidemiológica Municipal deverá estabelecer fluxo com os serviços de diagnóstico para envio dos laudos;
- II.** Disponibilizar informações adicionais, inclusive quando solicitadas, para fins de investigação epidemiológica e qualificação dos dados do SINASC, IndicaSUS e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), quando for o caso.

**COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT**

**Art. 7º** Fica estabelecido que o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), instituído no âmbito dos estabelecimentos hospitalares conforme normativas Estaduais e do Ministério da Saúde, deverá atuar, no ambiente hospitalar, de forma complementar à assistência à saúde na identificação epidemiológica, busca ativa e comunicação de anomalias congênitas identificadas ou diagnosticadas durante a internação ou no acompanhamento clínico.

**Parágrafo único.** No âmbito do ambiente hospitalar, a atuação da NVEH deverá:

- I. Realizar busca ativa sistemática de casos em maternidades, unidades neonatais, enfermarias pediátricas e demais serviços hospitalares;
- II. Identificar anomalias congênitas diagnosticadas durante a internação ou acompanhamento hospitalar, especialmente aquelas não registradas previamente na Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou na Declaração de Óbito (DO);
- III. Promover a verificação, qualificação e complementação das informações referentes às anomalias congênitas identificadas;
- IV. Comunicar oportunamente os casos à Vigilância Epidemiológica municipal e/ou estadual competente, conforme os fluxos estabelecidos no Sistema Único de Saúde (SUS);
- V. Atuar em articulação com as equipes assistenciais hospitalares, visando à melhoria da qualidade dos registros e ao fortalecimento da notificação compulsória nos sistemas oficiais de informação em saúde, em conformidade com a legislação vigente.

**Art. 8º** Compete às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) assegurar:

- I. O fluxo adequado de notificação, retificação e qualificação dos registros (Anexo II);
- II. A atualização dos dados no SINASC e no IndicaSUS – Notifica Anomalia;
- III. A guarda e organização documental das DNV, retificações, Ficha de Registro para Investigação de Anomalias Congênitas (IndicaSUS – Notifica Anomalia) e formulários anexos;
- IV. A capacitação permanente dos profissionais envolvidos no processo.
- V. Realizar investigação e/ou busca ativa em prontuários, maternidades e serviços de diagnóstico.

**Art. 9º** Os dados coletados têm finalidade exclusivamente epidemiológica, visando ao aprimoramento da vigilância, prevenção e assistência às crianças com anomalias congênitas, bem como subsídio para políticas públicas.

**Art. 10º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.


Cuiabá/MT, 15 de maio de 2026.

JULIANO  
SILVA  
MELO:65718  
054215

Assinado de forma  
digital por JULIANO  
SILVA  
MELO:65718054215  
Dados: 2026.05.21  
15:37:33 -04'00'

---

**Juliano Silva Melo**  
Presidente da CIB/MT



---

**Marco Antônio Norberto Felipe**  
Presidente do COSEMS/MT

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 239 DE 15 DE MAIO DE 2026.

FICHA DE REGISTRO PARA INVESTIGAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNTAS



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

FICHA DE REGISTRO PARA INVESTIGAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNTAS

Considera-se anomalias congênitas estruturais, passíveis de registro na DNV e Sinasc, as alterações na estrutura de órgãos ou partes do corpo, ocorridas ainda durante no período embrionário ou fetal, que estão presentes no nascido vivo antes ou no momento do nascimento. Tais anomalias congênitas incluem todas as condições descritas no capítulo XVII (Q00 a Q99) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados a Saúde - 10ª Edição (CID-10), bem como Hemangiomas e linfangiomas de qualquer localização (código D18 da CID-10).

\*campos de preenchimento obrigatório

I	Identificação	1 Data do preenchimento*	2 Número da Declaração de Nascido Vivo (DNV)*		
		3 Nome			
		4 CPF	5 Data de nascimento	6 Sexo* 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino 3 <input type="checkbox"/> Indeterminado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
II	Residência	7 Peso ao nascer (gramas)	8 Comprimento ao nascer (cm)	9 Perímetro cefálico ao nascer (cm)	
		10 CEP	11 UF	12 Município*	
		Código IBGE	13 Bairro	14 Logradouro (Rua, Avenida, etc.)	15 N°
		16 Complemento (apartamento, casa, etc)	17 (DDD) Telefone	18 Local de residência* 1 <input type="checkbox"/> Zona urbana 2 <input type="checkbox"/> Zona rural 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
III	Dados da(o) Parturiente	19 Nome da parturiente*			
		20 CPF	21 Data de nascimento	22 Idade (anos)*	23 Peso da parturiente (antes da gestação)   Kg
		24 Altura da parturiente (metros)	25 Raça/cor do RN 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	26 Escolaridade 0 <input type="checkbox"/> Sem instrução 3 <input type="checkbox"/> Médio incompleto 6 <input type="checkbox"/> Superior completo 1 <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto 4 <input type="checkbox"/> Médio completo 7 <input type="checkbox"/> Pós-graduação 2 <input type="checkbox"/> Fundamental completo 5 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
		27 Ocupação habitual:		Código CBO	
		28 Situação Conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteira 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada 2 <input type="checkbox"/> Casada 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúva 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	29 Doenças Maternas <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Diabetes pré-gestacional <input type="checkbox"/> Outras, especifique:		
		30 Em caso de diabetes, fez tratamento durante a gestação? 1 <input type="checkbox"/> Sim, insulina 3 <input type="checkbox"/> Apenas dieta 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Sim, medicamentos 4 <input type="checkbox"/> Não, nenhum tratamento	31 Consanguinidade (parentesco de sangue) com progenitor? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
		32 Histórico gestacional: Nº de nascidos vivos: _____	Nº de perdas fetais/abortos: _____	33 Data da última menstruação (DUM) _____	Nº de semanas de gestação* _____
		33 N° de consultas pré-natal _____	33 Semana de gestação que iniciou o pré-natal _____	34 Tipo de gravidez* 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
IV	Gestação	35 Exposições na gestação: Preencher com <input type="checkbox"/> Alcool: _____ 1º trimestre _____ 2º trimestre _____ 3º trimestre <input type="checkbox"/> Tabagismo: _____ 1º trimestre _____ 2º trimestre _____ 3º trimestre <input type="checkbox"/> Drogas ilícitas: _____ 1º trimestre _____ 2º trimestre _____ 3º trimestre <input type="checkbox"/> Medicamentos, qual(is): _____ 1º trimestre _____ 2º trimestre _____ 3º trimestre <input type="checkbox"/> Exposição ocupacional, qual: _____ 1º trimestre _____ 2º trimestre _____ 3º trimestre <input type="checkbox"/> Doença infecciosa (ou suspeita), qual: _____ 1º trimestre _____ 2º trimestre _____ 3º trimestre			

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT



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

FICHA DE REGISTRO PARA INVESTIGAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS

V	Exame	36 Ultrassonografia (na gestação)* 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	37 Data da Ultrassonografia	38 Ecocardiograma fetal* 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Data do ecocardiograma fetal	
		40 Análise cromossômica fetal* 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado, descreva: _____	41 Data da análise cromossômica			
		42 Tipo de material 1 <input type="checkbox"/> Sangue materno 2 <input type="checkbox"/> Amniocentese 3 <input type="checkbox"/> Vilosidade 4 <input type="checkbox"/> Sangue de cordão umbilical 5 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	43 Outros exames do RN 1 <input type="checkbox"/> Sim, especifique: _____ 4 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
VI	Parto	44 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	45 Nascimento assistido por 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeira ou obstetra 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Outros 5 <input type="checkbox"/> Ignorado			
		46 Local onde ocorreu o parto 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estabelecimentos de Saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Outros 5 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	47 Código (CNES)			
		48 UF* 49 Município*	50 Código (IBGE)			
VII	Dados da Anomalia Congênita	51 Quando foi detectada a anomalia congênita* 1 <input type="checkbox"/> Intrauterino (na gestação) 2 <input type="checkbox"/> No nascimento 3 <input type="checkbox"/> Após o nascimento 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		52 Possui histórico de anomalia congênita semelhante na família? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
		53 Categoria(s) da(s) anomalia(s) congênita(s) identificada(s)* <input type="checkbox"/> Defeitos de tubo neural e hidrocefalia congênita <input type="checkbox"/> Microcefalia <input type="checkbox"/> Anomalias congênitas da orelha <input type="checkbox"/> Cardiopatias congênitas <input type="checkbox"/> Anomalias congênitas dos órgãos genitais <input type="checkbox"/> Fendas orais e anquiloglossia <input type="checkbox"/> Anomalias congênitas do sistema digestivo <input type="checkbox"/> Defeito de membros <input type="checkbox"/> Hérnia diafragmática <input type="checkbox"/> Anomalias congênitas do aparelho urinário <input type="checkbox"/> Defeitos de parede abdominal <input type="checkbox"/> Síndromes cromossômicas <input type="checkbox"/> Displasias esqueléticas <input type="checkbox"/> Outras anomalias do aparelho circulatório <input type="checkbox"/> Outras anomalias congênitas				
		54 Descrever todas as anomalias congênitas identificadas: Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____ Descrição: _____ CID-10: _____				

Formulário 27/05/2013

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT



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

FICHA DE REGISTRO PARA INVESTIGAÇÃO DE ANOMALIAS CONGÊNITAS

VIII	Dados da Anomalia Congênita	<b>55 Teste do coraçozinho*</b> 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado, descreva: _____ 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>56 Quando foi realizado?</b> 1 <input type="checkbox"/> Antes de 24 horas de vida 2 <input type="checkbox"/> Depois das 24 horas de vida 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		<b>57 Teste do olhinho*</b> 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado, descreva: _____ 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>58 Quando foi realizado?</b> 1 <input type="checkbox"/> Antes de 24 horas de vida 2 <input type="checkbox"/> Depois das 24 horas de vida 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		<b>59 Teste da linguinha*</b> 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado, descreva: _____ 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>60 Quando foi realizado?</b> 1 <input type="checkbox"/> Antes de 24 horas de vida 2 <input type="checkbox"/> Depois das 24 horas de vida 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		<b>61 Teste da orelhinha*</b> 1 <input type="checkbox"/> Resultado normal 2 <input type="checkbox"/> Resultado alterado, descreva: _____ 4 <input type="checkbox"/> Não realizado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>62 Quando foi realizado?</b> 1 <input type="checkbox"/> Antes de 24 horas de vida 2 <input type="checkbox"/> Depois das 24 horas de vida 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
		<b>63 Outros exames do RN</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim, especifique: _____ 4 <input type="checkbox"/> Não      9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
IX	Exame de CID-10	<b>64 Classificação final da anomalia congênita</b> 1 <input type="checkbox"/> Confirmado (especifique CID-10): _____ 2 <input type="checkbox"/> Em investigação 9 <input type="checkbox"/> Descartado CID-10: _____ CID-10: _____ CID-10: _____ CID-10: _____ CID-10: _____ CID-10: _____ CID-10: _____ CID-10: _____	<b>65 O caso constitui uma síndrome ou seqüência?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim, especifique: _____ 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado CID-10: _____
			<b>66 Etiologia</b> 1 <input type="checkbox"/> Infecçiosa, especifique: _____ 2 <input type="checkbox"/> Genética, especifique: _____ 3 <input type="checkbox"/> Etiologia desconhecida 4 <input type="checkbox"/> Outra, especifique: _____ 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
X	Etiologia	<b>67 Evoluiu para óbito?</b> 1 <input type="checkbox"/> Sim      2 <input type="checkbox"/> Não      9 <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>68 Data do óbito</b> _____
			<b>69 Número da Declaração de Óbito (DO)</b> _____
XI	Outras Informações	<b>70 Observações</b>	
		<b>71 Nome do profissional de saúde responsável</b>	
		<b>72 E-mail</b>	
		<b>73 Telefone</b>	

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DE MATO GROSSO - CIB/MT  
ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB/MT Nº 239 DE 15 DE MAIO DE 2026.

FLUXO DE COLETA DE INFORMAÇÕES SOBRE ANOMALIAS CONGÊNITAS.

Fluxo de coleta de informações sobre anomalias congênitas para inserção no INDICASUS e no SINASC

