



17° Selo SINASC

**Sistema de Informação
sobre Nascidos Vivos**

Homologação e-SUS SINASC

Ligia M Y Takahashi
Veronica R Teixeira

Histórico

2022 – Homologação formulário da DNV

- H Mat Cachoeirinha (municipal)
- H Mat Leonor Mendes de Barros (estadual)
- H Santa Joana
- H Sepaco

2026 – Homologação e-SUS SINASC (sistema)

- H Mat Cachoeirinha (municipal)
- H Mat Leonor Mendes de Barros (estadual)

Declaração de Nascido Vivo (DNV)

VERSÃO ATUAL

NOVA VERSÃO

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

Declaração de Nascido Vivo

I Identificação do Recém-nascido

1 Nome do recém-nascido (RN)
2 Data e hora do nascimento
3 Sexo
4 Raça / cor do recém-nascido

II Local de ocorrência

5 Local da ocorrência
6 Entabecimento
7 Endereço da ocorrência, se fora do estáb. ou da resid. (dici) parturiente (rua, praça, avenida, etc)
8 Bairro/Distrito
9 Município de ocorrência
10 UF

III Parturiente

11 Nome
12 Cartão SUS
13 Data de nascimento
14 Idade (anos)
15 Naturalidade
16 Situação conjugal
17 Raça / Cor

IV Filiação do RN

18 Nome
19 Idade

V Gestões anteriores

20 Histórico gestacional
21 Nº de gestões anteriores
22 Nº de partos vaginais
23 Nº de cesáreas
24 Nº de nascidos vivos
25 Nº de perdas fetais / abortos

VI Parto

26 Gestação atual
27 Método para estimar a idade gestacional
28 Semanas de gestação em que iniciou o pré-natal
29 Tipo de parto
30 Trabalho de parto
31 Tipo de parto
32 Cesárea
33 Nascimento assistido por

VII Anomalias congênitas

34 Descrever todas as anomalias congênitas observadas

VIII Preenchimento

35 Data do preenchimento
36 Nome do responsável pelo preenchimento
37 Função
38 Tipo de documento
39 Nº do documento
40 Órgão emissor

IX Cartório

41 Cartório
42 Registro
43 Data
44 Município
45 UF

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

8 Blocos

7 Blocos

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

Declaração de Nascido Vivo

I Identificação do Recém-nascido

1 Nome do recém-nascido (RN)
2 Data de nascimento
3 Hora
4 Sexo do RN
5 Raça/cor do RN

II Local de ocorrência

6 Local da ocorrência
7 Se parto domiciliar, foi planejado?
8 Tipo de financiamento para assistência ao parto
9 Estabelecimento
10 CEP
11 Logradouro
12 Bairro/Distrito
13 Código
14 Município de ocorrência
15 Código
16 UF

III Parturiente

17 CPF
18 Número do Cartão Nacional de Saúde/Outros
19 Nome
20 Nome social
21 Data de nascimento
22 Idade (anos)
23 Naturalidade
24 Situação conjugal
25 Escolaridade
26 Ocupação habitual
27 Informações adicionais

IV Filiação do RN

28 Nome da mãe/filiação 1
29 Parturiente = Filiação 1? CPF
30 Nome do pai/filiação 2
31 CPF

V Gestões anteriores

32 Nº de gestões anteriores
33 Nº de partos vaginais
34 Nº de cesáreas
35 Nº de nascidos vivos
36 Nº de perdas fetais / abortos

VI Parto

37 Gestação atual
38 Método para estimar a idade gestacional
39 Semanas de gestação em que iniciou o pré-natal
40 Tipo de parto
41 Trabalho de parto
42 Tipo de parto
43 Cesárea
44 Nascimento assistido por

VII Anomalias congênitas

45 Descrever todas as anomalias congênitas presentes

VIII Preenchimento

46 Data do preenchimento
47 Nome do responsável pelo preenchimento
48 Função
49 Tipo de documento
50 Nº do documento
51 Órgão emissor

IX Cartório

52 Cartório
53 Registro
54 Data
55 Município
56 UF

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

FORMULÁRIO

Recém Nascido

VERSÃO ATUAL

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

NOVA VERSÃO

Recém-nascido	1 Nome do recém-nascido (RN)		2 Data de nascimento		3 Hora		
	4 Sexo do RN		5 Raça/cor do RN				
<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> In - Indeterminado		1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena Etnia _____					
Exame físico do RN	51 Peso ao nascer		52 Índice de Apgar		53 Comprimento ao nascer		
	em gramas		1º minuto 5º minuto		Em cm 1 casa decimal		
						54 Perímetro cefálico	
						Em cm 1 casa decimal	
55 Detectada alguma anomalia congênita?		56 Descrever todas as anomalias congênicas presentes					
1 <input type="checkbox"/> Sim							
2 <input type="checkbox"/> Não							
9 <input type="checkbox"/> Ignorado							

Local de Ocorrência

VERSÃO
ATUAL

Local da Ocorrência	7 Local da ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		8 Estabelecimento Código CNES	
	<input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 9			
	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)		Número	Complemento
11 Bairro/Distrito		Código	12 Município de ocorrência	
			Código	13 UF

NOVA
VERSÃO

Local da ocorrência	6 Local da ocorrência <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Transporte pré-hospitalar <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Outro meio de transporte <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via Pública		7 Se parto domiciliar, foi planejado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		8 Tipo de financiamento para assistência ao parto <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Não SUS <input type="checkbox"/> Ignorado		9 Estabelecimento Código CNES	
	Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da(o) parturiente (rua, praça, avenida, etc)						Número	Complemento
	10 CEP		11 Logradouro					
12 Bairro/Distrito		Código	13 Município de ocorrência				Código	14 UF

Parturiente

VERSÃO
ATUAL

III Parturiente	14 Nome		15 Cartão SUS		
	16 Escolaridade (última série concluída)			17 Ocupação habitual	
	Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo			(Informar anterior, se aposentada(o)/desempregada(o)) Código CBO 2002	
	18 Data de nascimento		19 Idade (anos)	20 Naturalidade	
			Município / UF (se estrangeira(o) informar País)		
23 Residência Logradouro		Número	Complemento	24 CEP	
25 Bairro/Distrito		Código	26 Município	Código	
				27 UF	

NOVA
VERSÃO

III Parturiente	15 CPF		16 Número do Cartão Nacional de Saúde/Outros		17 Nome 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	18 Nome social						
	19 Data de nascimento		20 Idade (anos)	21 Naturalidade		22 Situação conjugal	
				Município/UF [se estrangeira(o) informar País]		1 <input type="checkbox"/> Solteira(o) 3 <input type="checkbox"/> Viúva(o) 5 <input type="checkbox"/> União estável 2 <input type="checkbox"/> Casada(o) 4 <input type="checkbox"/> Separada(o) judicialmente/ divorciada(o) 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	23 Raça/cor			24 Escolaridade			
	1 <input type="checkbox"/> Branca 3 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena 2 <input type="checkbox"/> Preta 4 <input type="checkbox"/> Amarela			0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 9 <input type="checkbox"/> Ignorado Ano concluído 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1º ao 5º ano) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (6º ao 9º ano) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo			
	25 Ocupação habitual [informar anterior se aposentada(o) ou desempregada(o)]					26 Informações adicionais	
						1 <input type="checkbox"/> Situação de rua 2 <input type="checkbox"/> Em privação de liberdade ou medida socioeducativa 3 <input type="checkbox"/> Povos e comunidades tradicionais	
	Polo Base Indígena					Aldeia	
	Endereço de residência						
27 CEP		28 Logradouro		Número	Complemento		
29 Bairro/distrito		Código	30 Município		Código	31 UF	
						32 Zona de Residência da(o) Parturiente	
						1 <input type="checkbox"/> Urbana 2 <input type="checkbox"/> Rural 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	

Responsável Legal

VERSÃO
ATUAL

IV	Resp. legal	28 Nome	29 Idade

NOVA
VERSÃO

IV	Filiação do RN	33 Nome da mãe/filiação 1	Parturiente = Filiação 1?	CPF	<input type="checkbox"/> Não possui CPF	34 Idade
		35 Nome do pai/filiação 2	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			
				CPF	<input type="checkbox"/> Não possui CPF	36 Idade

Gestação e Parto

VERSÃO ATUAL

Gestação e parto	Gestações anteriores				
	30 Histórico gestacional				
	■ N° gestações anteriores	■ N° de partos vaginais	■ N° de cesáreas	■ N° de nascidos vivos	■ N° de perdas fetais / abortos
Gestação e parto	Gestação atual		Parto		
	Idade Gestacional		33 Número de consultas de pré-natal	34 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	35 Tipo de gravidez
	31 Data da Última Menstruação (DUM) ____/____/____		____	____	1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	32 N° de semanas de gestação, se DUM Ignorada ____ ____		____	____	36 Apresentação 1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
Método utilizado para estimar		37 O Trabalho de parto foi induzido?	38 Tipo de parto	39 Cesárea ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?	40 Nascimento assistido por
1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermagem ou Obstetiz 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado

NOVA VERSÃO

Gestação e parto	Gestações anteriores (Não contar essa gestação)				
	37 N° de gestações anteriores	38 N° de partos vaginais	39 N° de cesáreas	40 N° de nascidos vivos	41 N° de perdas fetais/ abortos
Gestação e parto	Gestação atual		44 Número de consultas de pré-natal	Parto	
	42 Método para estimar a idade gestacional		0 <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	47 Apresentação	
	1 <input type="checkbox"/> Data do 1º ultrassom Anotar data: ____/____/____ (antes da 14ª semana) IG na data: ____ semanas e ____ dias		45 Semana de gestação em que iniciou o pré-natal	1 <input type="checkbox"/> Cefálica 3 <input type="checkbox"/> Transversa 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou podálica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	2 <input type="checkbox"/> Data da Última Menstruação Anotar data: ____/____/____ 3 <input type="checkbox"/> Estimado por profissional de Obstetria 4 <input type="checkbox"/> Exame físico do RN		0 <input type="checkbox"/> Não fez pré-natal 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	48 Via de nascimento	
43 Idade gestacional ao nascer ____ ____ semanas e ____ dias		46 Tipo de gravidez	1 <input type="checkbox"/> Vaginal sem instrumental 2 <input type="checkbox"/> Vaginal com vácuo-extractor 3 <input type="checkbox"/> Vaginal com uso de fórceps 4 <input type="checkbox"/> Cesariana 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
		1 <input type="checkbox"/> Única 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 2 <input type="checkbox"/> Dupla 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	49 Início do trabalho de parto		
			1 <input type="checkbox"/> Espontâneo 2 <input type="checkbox"/> Induzido com ocitocina 3 <input type="checkbox"/> Induzido com outro método 4 <input type="checkbox"/> Trabalho de parto não iniciado 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
			50 Nascimento assistido por		
			1 <input type="checkbox"/> Médico(a) 4 <input type="checkbox"/> Obstetiz 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Parteira(o) 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		

SISTEMA

SINASC

Browser address bar: Não seguro sinasc.saude.prefeitura.sp.gov.br/default.asp

Navigation bar: Ministério da Saúde

Page title: SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

System info: Sistema Local sexta-feira, 19 de junho de 2026


Logos: Robson, WebFormDNV, Monitora sinasc vs, LOCALIZA SAMPA

26/06/2026



Inscrições encerradas

Núcleo SINASC
E-mail: sinasc@prefeitura.sp.gov.br
Telefones: 5465-9544/9545/9546/9548.
Endereço: *Rua Dr. Siqueira Campos, 172 - 8º Andar*
Cep: *01509-020 - Bairro Liberdade - São Paulo/SP*



Acesso a usuários:

Usuário: Senha:

Ok

e-SUS SINASC



Apps | Compartilhar e Desc... | Correios | SEI / PMSP | Monitora | WebFormDNV | SINASC | Site SINASC | Diário Oficial PMSP | CNES | GLPI | EAD/SES-SP | Ministério da Saúde | Todos os favoritos



e-SUS SINASC

Emissão eletrônica das declarações de nascido vivo

O Ministério da Saúde apresenta o e-SUS SINASC, uma plataforma 100% on-line para emissão eletrônica das declarações de nascido vivo (DNV) e óbito (DO). A partir de agora, os profissionais de saúde poderão emitir as declarações diretamente a partir do computador, tablet ou celular, de forma segura, contando com a autenticação via gov.br. Inicialmente, a ferramenta permitirá apenas a emissão da DNV. Porém, em breve, os médicos também poderão emitir a DO. O e-SUS SINASC representa um avanço importante para a transformação digital do Estado brasileiro, permitindo o registro ágil, confiável e seguro das estatísticas vitais no campo do setor saúde.

[Acessar sistema](#)

[Primeiro acesso? Clique aqui](#)

Versão 0.0.32

SVS
Secretaria de
Vigilância em Saúde

DATASUS
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

SUS+ MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Plataforma *on-line* com senha de acesso individual

e-SUS SINASC

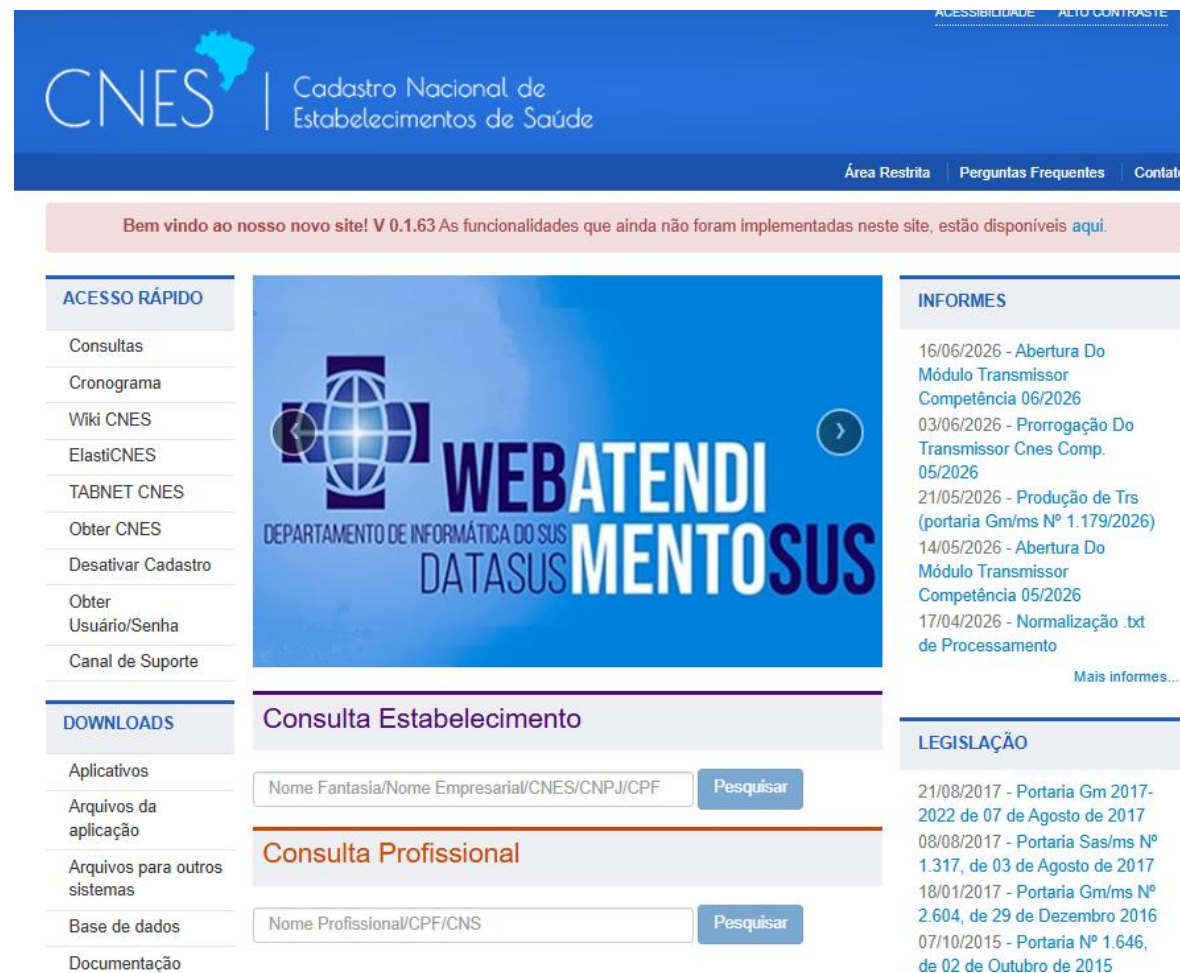
O e-SUS Sinasc foi elaborado com o objetivo de ser um sistema *on-line*, responsivo e com configuração de resolução mobile, tablet e desktop, para que os profissionais de saúde possam registrar, em tempo real, as informações do recém-nascido e do parto, em qualquer lugar do território nacional.

Vantagens do e-SUS SINASC

- ✓ Registro *on-line* dos nascimentos, com emissão da DNV;
- ✓ Geração automática de números de DNV;
- ✓ Identificador único para distinção dos cidadãos (CPF e/ou CNS);
- ✓ Acesso imediato aos dados digitados (sistema on-line);
- ✓ Disponibilização facilitada de novas funcionalidades, atualizações e ajustes oportunos de versões do Sistema;
- ✓ Facilidade de integração com bases de dados existentes, sob gestão do Departamento de Informática do SUS (Datapus);
- ✓ Facilidade de interoperabilidade com bases de dados externas;
- ✓ Fortalecer a integração com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e entre sistemas de outros setores.

Requisitos

Estar vinculado ao CNES do estabelecimento de saúde que vai emitir a DNV



The screenshot shows the CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) website. The header includes the CNES logo and the text 'Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde'. Navigation links for 'Área Restrita', 'Perguntas Frequentes', and 'Contato' are visible. A message states: 'Bem vindo ao nosso novo site! V 0.1.63 As funcionalidades que ainda não foram implementadas neste site, estão disponíveis aqui.' The main content area is divided into three columns. The left column contains a 'ACESSO RÁPIDO' menu with links for Consultas, Cronograma, Wiki CNES, ElastiCNES, TABNET CNES, Obter CNES, Desativar Cadastro, and Obter Usuário/Senha. The middle column features a 'WEBATENDIMENTOSUS' banner for the 'DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS' and search boxes for 'Consulta Estabelecimento' and 'Consulta Profissional'. The right column has an 'INFORMES' section with a list of updates and a 'LEGISLAÇÃO' section with a list of regulations.

ACESSO RÁPIDO

- Consultas
- Cronograma
- Wiki CNES
- ElastiCNES
- TABNET CNES
- Obter CNES
- Desativar Cadastro
- Obter Usuário/Senha
- Canal de Suporte

DOWNLOADS

- Aplicativos
- Arquivos da aplicação
- Arquivos para outros sistemas
- Base de dados
- Documentação

Consulta Estabelecimento

Nome Fantasia/Nome Empresarial/CNES/CNPJ/CPF

Consulta Profissional

Nome Profissional/CPF/CNS

INFORMES

- 16/06/2026 - Abertura Do Módulo Transmissor Competência 06/2026
- 03/06/2026 - Prorrogação Do Transmissor Cnes Comp. 05/2026
- 21/05/2026 - Produção de Trs (portaria Gm/ms Nº 1.179/2026)
- 14/05/2026 - Abertura Do Módulo Transmissor Competência 05/2026
- 17/04/2026 - Normalização .txt de Processamento

[Mais informes...](#)

LEGISLAÇÃO

- 21/08/2017 - Portaria Gm 2017-2022 de 07 de Agosto de 2017
- 08/08/2017 - Portaria Sas/ms Nº 1.317, de 03 de Agosto de 2017
- 18/01/2017 - Portaria Gm/ms Nº 2.604, de 29 de Dezembro 2016
- 07/10/2015 - Portaria Nº 1.646, de 02 de Outubro de 2015

Requisitos

Ter uma conta no gov.br



gov.br

Alto Contraste VLibras

Identifique-se no gov.br com:

- Número do CPF

Digite seu CPF para **criar** ou **acessar** sua conta gov.br

CPF

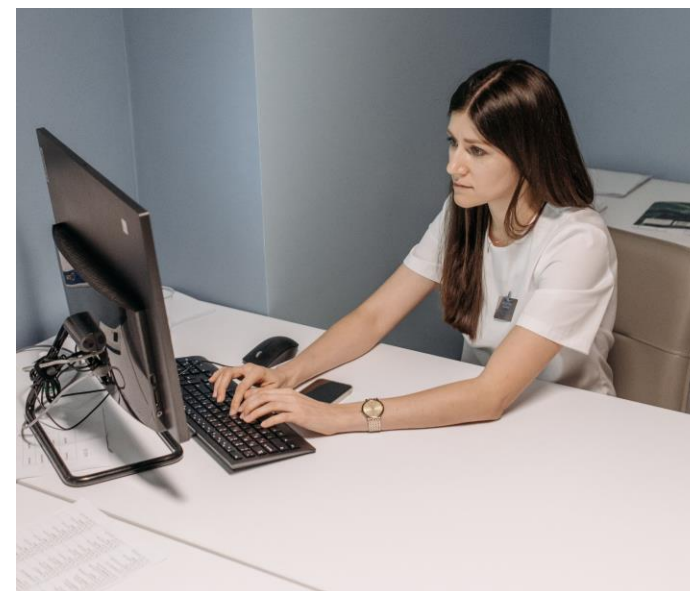
Continuar

Outras opções de identificação:

- Login com seu banco SUA CONTA SEU PRATA
- Login com QR code
- Seu certificado digital
- Seu certificado digital em nuvem
- Login com ID Uruguay BETA

Requisitos

- ✓ Ter celular cadastrado no gov.br (obrigatório)
- ✓ Ter computador ou tablet com internet



e-SUS SINASC: Perfil de acesso

- Digitador
- Emissor
- Codificador
- Gestor do estabelecimento

e-SUS SINASC: Digitador

- Digita as informações da DNV física (nova versão) no e-SUS SINASC
- Após a emissão a DNV só ficará disponível por 48 horas

e-SUS SINASC: Emissor

Digita os dados diretamente no e-SUS Sinasc e emite a DNV, que será impressa pelo estabelecimento e entregue aos responsáveis pelo bebê para registro em cartório.

OBS: A DNV emitida terá a assinatura eletrônica.

e-SUS SINASC: Codificador

Inserir os códigos das anomalias congênitas (AC):

- Informadas na DNV
- Formulário de Notificação de AC

Obs: Será necessário estar cadastrado como codificador oficial no Ministério da Saúde (SCPA)


e-SUS SINASC: Gestor do estabelecimento

- Visualiza todas as DNVs digitadas e/ou emitidas
- Permissão para alterar os dados de DNV já emitida

e-SUS SINASC

The screenshot shows the e-SUS SINASC web application interface. At the top left is the logo for e-SUS SINASC, which includes a blue cross icon and the text "e-SUS SINASC" and "Enteio eletrônica das declarações de nascido vivo". Below the logo is a form with fields for "Nome - CPF:" and "Digitador Estabelecimento De Saúde", each with a grey input box and a blue arrow icon. A sidebar on the left contains navigation links: "Início" (home icon), "Incluir Nova DNV" (plus icon), "Consulta DNV" (magnifying glass icon), and "Meus dados" (person icon). The main content area has a blue header with the text "Bem-vindo ao e-SUS SINASC". Below the header are two large white buttons: "Consultar DNV" with a magnifying glass icon and the subtitle "Consulte as declarações e seus detalhes", and "Incluir Nova DNV" with a plus icon and the subtitle "Inclua novas declarações".

e-SUS SINASC



Nome - CPF:
[REDACTED]

Digitador Estabelecimento De Saúde
Hospital E Maternidade
[REDACTED]

🏠 Início

+ Incluir Nova DNV

🔍 Consulta DNV

👤 Meus dados

🚪 Sair

Versão 0.0.32

Você só poderá prosseguir depois de preencher este campo.

Recém-nascido Local da ocorrência Dados da(o) Parturiente Gestação e parto Preenchimento/cartório

Identificação do recém-nascido

1 - Nome do recém-nascido (RN) * 2 - Data do nascimento *

[REDACTED] DD/MM/YYYY

3 - Hora do nascimento * 4 - Sexo do RN *

HH:MM SELECIONE

5 - Raça/cor do RN *

SELECIONE

Salvar DNV Anterior Próxima

Pontos positivos

- Utilizar apenas o sistema, sem necessidade das 03 vias da DNV
- Com o perfil emissor a DNV será impressa para registro
- Despreocupação com extravios de vias físicas da DNV
- Redução de área física para guarda e armazenamento de documentos

Obs: A implementação do novo sistema não acabará totalmente com as vias físicas.

Pontos a considerar

A implementação do novo sistema demandará investimentos:

- Internet
- Celular
- Papel
- Impressora
- Computadores

Obrigada!



Nossos Contatos

Núcleo SINASC

sinasc@prefeitura.sp.gov.br

Telefones:

5465-9544 (Ligia)

5465-9545 (Mirna)

5465-9546 (Veronica)

5465-9548 (Mirella)

5128-1038 (Andrea)

**Rua Dr. Siqueira Campos, 172 – 8º andar
Bairro Liberdade – São Paulo/SP**