

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº											
 <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b> 1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE		2 CARTÓRIO DE REG. CIVIL 1º SUBDISTRITO Nº DO REGISTRO ... 31.957 ... DATA DO REGISTRO ... 19.08.92 ...									
		1 UNIDADE DA FEDERAÇÃO: ... São Paulo ...									
3 OBITO FETAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>		4 NOME <b>DOMINGOS CARLOS MICELI</b>				5 DATA DO ÓBITO HORA DIA MÊS ANO 045 19 08 92					
6 ESTADO CIVIL SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUVO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEMIN. <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/>		7 SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEMIN. <input type="checkbox"/>		8 DATA NASCIMENTO DIA MÊS ANO 25 07 29			9 IDADE ANOS COMPLETOS ATÉ 1 ANO (MÊSES) ATÉ 1 MÊS (DIAS) ATÉ 1 DIA (HORAS) IGN. 63 463				
10 LOCAL DE OCORRÊNCIA HOSPITAL <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>		11 ENDEREÇO <b>RUA 13 DE MAIO Nº 1640 CENTRO</b>						12 MUNICÍPIO <b>SÃO CARLOS</b>			
13 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.) <b>RUA 13 DE MAIO Nº 1640 CENTRO</b>		14 MUNICÍPIO <b>SÃO CARLOS</b>						15 U.F. <b>SP</b>			
16 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO <b>X90</b>		17 NATURALIDADE <b>SÃO CARLOS</b>		18 GRAU DE INSTRUÇÃO NENHUMA <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>							
FILIAÇÃO <b>DOMINGOS MICELI</b>		19 NOME DO PAI <b>DOMINGOS MICELI</b>				20 NOME DA MÃE <b>FILOMENAS AMBIAZZI</b>					
PAI <b>DOMINGOS MICELI</b>		21 OCUPAÇÃO HABITUAL				22 GRAU DE INSTRUÇÃO NENHUMA <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>					
MÃE <b>FILOMENAS AMBIAZZI</b>		23 OCUPAÇÃO HABITUAL				24 IDADE 25 GRAU DE INSTRUÇÃO NENHUMA <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>					
26 Nº DE FILHOS VIVOS NASC. VIVOS NASC. MORTOS TOTAL		27 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS) MENOS DE 20 <input type="checkbox"/> DE 20 A 27 <input type="checkbox"/> 28 OU MAIS <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>				28 GRAVIDEZ ÚNICA <input type="checkbox"/> DUPLA <input type="checkbox"/> TRÍPLICE <input type="checkbox"/> MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>					
29 PARTO ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> FÓRCEPS <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>		30 MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO) ANTES <input type="checkbox"/> DURANTE <input type="checkbox"/> DEPOIS <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>				31 PARA MENORES DE 28 DIAS OU OBITO FETAL, PESO AO NASCER g IGN. <input type="checkbox"/>					
32 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>		33 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO SIM <input checked="" type="checkbox"/> SUBSTITUTO <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>				34 DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO EXAME COMPLEMENTAR <input type="checkbox"/> CIRURGIA <input type="checkbox"/> NECROPSIA <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>					
35 CAUSA DA MORTE: (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA) PARTE - I DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE. CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA.		a) <b>Pneumonia Aspirativa</b> b) <b>Acid. Vascular Cerebral Isquêmica</b> c) <b>Fibrilação Atrial</b> <b>MIocardiopatia Hipertensiva</b> <b>Hipertensão Arterial</b>									
MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEL CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE											
37 TIPO HOMICÍDIO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO <input type="checkbox"/>		38 ACIDENTE DE TRABALHO SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>				39 LOCAL DO ACIDENTE VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> IGN. <input type="checkbox"/>					
40 NOME DO MÉDICO <b>HELIO ARAÚJO CARDOSO</b>		41 CRM <b>47480</b>				42 DATA DO ATENDIMENTO <b>19.08.92</b>					
43 ENDEREÇO DO MÉDICO <b>R. PAULINO B. ABREU SAMPAIO 573</b>		44 TELEFONE <b>710222</b>				45 ASSINATURA <b>Helio Araujo Cardoso</b>					
46 DECLARANTE		47 1ª TESTEMUNHA <b>5070/4349/4273 * 4029 44019096</b>									
48 2ª TESTEMUNHA		49 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO <b>CEMITÉRIO NOSSA SENHORA DO CARMO</b>									
50 MUNICÍPIO <b>SÃO CARLOS</b>											

ANTES DE PREENCHER, DESTAQUE O CONJUNTO DE DUAS VIAS E LEIA COM ATENÇÃO O MANUAL DE INSTRUÇÕES.

ANTES DE PREENCHER, DESTAQUE O CONJUNTO DE DUAS VIAS E LEIA COM ATENÇÃO O MANUAL DE INSTRUÇÕES.

Citation:

"São Paulo, São Paulo, Brazil records," images, FamilySearch (<https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3Q9M-CS75-8SHQ-2?view=index> : Jan 9, 2025), image 168 of 873; Arquivo Público do Estado de São Paulo (Brasil).

<https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3Q9M-CS75-8SHQ-2?view=index>