

| CARTÓRIO   |   | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DA SAÚDE   |  | DECLARAÇÃO DE ÓBITO  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| 1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE  |   | 1 UF: <u>SP</u>   |  | 2 CARTÓRIO DE  |  |
| Nº DO REGISTRO:  |   | DATA DO REGISTRO:   |  |  |  |
| 3 TIPO DE ÓBITO  | 4 NOME  | 5 DATA DO ÓBITO   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 - FETAL<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - NÃO FETAL  | <u>Carlos Rocha e Silva</u>   | HORA <u>02</u> DIA <u>11</u> MÊS <u>97</u>  |  |  |  |
| 6 ESTADO CIVIL   | 7 SEXO  | 8 DATA NASC.  | 9 IDADE  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - SOLTEIRO <input type="checkbox"/> 2 - CASADO <input type="checkbox"/> 3 - VIÚVO<br><input type="checkbox"/> 4 - SEP. JUDIC. <input type="checkbox"/> 5 - OUTRO <input type="checkbox"/> 6 - IGN. | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - MASC. <input type="checkbox"/> 2 - FEM. <input type="checkbox"/> 3 - IGN. | DIA <u>20</u> MÊS <u>02</u> ANO <u>23</u>   | ANOS COMPL. <u>74</u> ATÉ 1 ANO <u>  </u> ATÉ 1 MÊS <u>  </u> ATÉ 1 DIA <u>  </u> IGN. <u>  </u> |  |  |
| 10 LOCAL DE OCORRÊNCIA   | 11 MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA  |   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 - HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 - VIA PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 - DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> 4 - OUTRO   | <u>São Carlos</u>   |   |  |  |  |
| 12 NOME DO ESTABELECIMENTO   |   | 13 COD. ESTB.   |  |  |  |
| <u>domicilio na Rua José Bonifacio 1115-</u>   |   | <u>  </u>   |  |  |  |
| 14 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.)   |   | 15 MUNICÍPIO  |  | 16 UF  |  |
| <u>R. José Bonifácio, 1115</u>   |   | <u>São Carlos</u>   |  | <u>SP</u>  |  |
| 17 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO Se aposentado, colocar também a ocupação anterior   |   | 18 NATURALIDADE   |  | 19 GRAU DE INSTRUÇÃO   |  |
| <u>aposentado -.-.-</u>  |   | <u>São Carlos-SP</u>  |  | <input type="checkbox"/> 1-NENHUM <input type="checkbox"/> 2-1º GRAU<br><input type="checkbox"/> 3-2º GRAU <input type="checkbox"/> 4-SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5-IGN. |  |
| 20 NOME DO PAI   |   | 21 NOME DA MÃE  |  |  |  |
| <u>Jacinto Rocha e Silva</u>   |   | <u>Maria de Souza Rocha</u>   |  |  |  |
| 22 OCUPAÇÃO HABITUAL   |   | 23 GRAU DE INSTRUÇÃO  |  |  |  |
| <u>  </u>  |   | <input type="checkbox"/> 1-NENHUM <input type="checkbox"/> 2-1º GRAU <input type="checkbox"/> 3-2º GRAU <input type="checkbox"/> 4-SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5-IGN.           |  |  |  |
| 24 OCUPAÇÃO HABITUAL   |   | 25 IDADE  |  |  |  |
| <u>  </u>  |   | <u>  </u>   |  |  |  |
| 26 GRAU DE INSTRUÇÃO   |   | 27 GRAVIDEZ   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1-NENHUM <input type="checkbox"/> 2-1º GRAU <input type="checkbox"/> 3-2º GRAU <input type="checkbox"/> 4-SUPERIOR <input type="checkbox"/> 5-IGN.  |   | <input type="checkbox"/> 1-ÚNICA <input type="checkbox"/> 2-DUPLA<br><input type="checkbox"/> 3-TRÍPLICE <input type="checkbox"/> 4-MAIS DE 3 <input type="checkbox"/> 5-IGN.         |  |  |  |
| 28 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)  |   | 29 GRAVIDEZ   |  |  |  |
| <u>  </u>  |   | <u>  </u>   |  |  |  |
| 30 PARTO   |   | 31 MORTE EM RELAÇÃO AO PARTO  |  | 32 PESO AO NASCER  |  |
| <input type="checkbox"/> 1-ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> 2-OPERATÓRIO <input type="checkbox"/> 3-FÓRCEPS <input type="checkbox"/> 4-OUTRO <input type="checkbox"/> 5-IGN.  |   | <input type="checkbox"/> 1-ANTES <input type="checkbox"/> 2-DURANTE <input type="checkbox"/> 3-DEPOIS <input type="checkbox"/> 4-IGN.   |  | <u>  </u> g  |  |
| 33 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE?  |   | 34 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO?   |  | 35 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO  |  |
| <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 3-IGN.  |   | <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-SUBST. <input type="checkbox"/> 3-IML. <input type="checkbox"/> 4-SVO <input type="checkbox"/> 5-OUTRO                      |  | EXAME COMPLEMENTAR <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO   |  |
| 36 ÓBITO FEMININO EM IDADE FÉRTIL  |   | 37 CAUSA DA MORTE (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA)   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 3-IGN.  |   | 38 PARTE I  |  |  |  |
| ESTAVA GRÁVIDA NO MOMENTO DA MORTE?  |   | 39 PARTE II   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 3-IGN.  |   | OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU                                     |  |  |  |
| 39 NOME DO MÉDICO  |   | 40 CRM  |  | 41 DATA DO ATESTADO  |  |
| <u>  </u>  |   | <u>  </u>   |  | <u>  </u>  |  |
| 42 ENDEREÇO DO MÉDICO  |   | 43 TELEFONE   |  | 44 ASSINATURA  |  |
| <u>  </u>  |   | <u>  </u>   |  | <u>  </u>  |  |
| MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE - OBS: INFORMAÇÕES DE CARÁTER EPIDEMIOLÓGICO   |   |   |  |  |  |
| 45 TIPO  |   | 46 SE ACIDENTE ANOTAR O NÚMERO CORRESPONDENTE AO TIPO   |  | 47 FONTE DA INFORMAÇÃO   |  |
| <input type="checkbox"/> 1-HOMICÍDIO <input type="checkbox"/> 2-SUICÍDIO<br><input type="checkbox"/> 3-ACIDENTE <input type="checkbox"/> 4-IGN.  |   | <u>  </u>   |  | <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 3-IGN.  |  |
| 48 ACIDENTE DE TRABALHO  |   | 49 LOCAL DO ACIDENTE  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1-SIM <input type="checkbox"/> 2-NÃO <input type="checkbox"/> 3-IGN.  |   | <input type="checkbox"/> 1-VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> 2-DOMICÍLIO<br><input type="checkbox"/> 3-OUTRO <input type="checkbox"/> 4-LOC. TRAB. <input type="checkbox"/> 5-IGN. |  |  |  |
| 50 DECLARANTE  |   |   |  |  |  |
| 51 1ª TESTEMUNHA   |   |   |  |  |  |
| 52 2ª TESTEMUNHA   |   |   |  |  |  |
| 53 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO   |   |   |  |  |  |
| 54 MUNICÍPIO   |   |   |  |  |  |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE Primeira VIA -  
 ESTATÍSTICA DE SAÚDE TIPO DE ÓBITO % 1 - FETAL 22 - NÃO FETAL ESTADO CIVIL  
 & 1 - SOLTEIRO !" 4 - SEP. JUDIC . 4 NOME !" DECLARAÇÃO DE ÓBITO LUF : Número  
 DO REGISTRO : 12 CARTÓRIO DE 12 - CASADO & 3 - Viúvo & 5 OUTRO & 0 - IGN .  
 LOCAL DE OCORRÊNCIA & 1 HOSPITAL & 2 MA PÚBLICA & 3 - DOMICÍLIO & 4 OUTRO  
 7 SEXO & 1 MASC . & 2 FEM . & 0 - IGN . 8 DATA NASC . DIA 20 MES DATA DO  
 REGISTRO : ANO 19 IDADE #( OS COMPUÍ Hora DATA DO ÓBITO MES 11 02 23 74  
 ATEMANO ATENCESLATE 1 DIA & 11 MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA 19 NOME DO  
 ESTABELECIMENTO 13 domicílio na Rua José Bonifácio 1115 - W. ESTE . 14  
 RESIDENCIA HABITUAL ( RUA , NÚMERO , BAIRRO , ETC. ) R. José Bonifácio ,  
 1115 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO Se aposentado , colocar também a  
 ocupação anterior aposentado !" ANO 197 IGN . FILIAÇÃO 2 PAI #( # ( 12 20 NOME DO PAI  
 21 NOME DA MÃE Jacintho Rocha Silva Maria de Souza Rocha OCUPAÇÃO  
 HABITUAL 18 NAT . URALIDADE 15 MUNICÍPIO São Carlos 23 19 GRAU DE  
 INSTRUÇÃO % 3 - 2 cem GRAU DE INSTRUÇÃO 1 - NENHUM % 2 - primeiro GRAU % %  
 1 MENA 4 - stremos 16 UF São Paulo Vill MÃE 14 OCUPAÇÃO HABITUAL 27 Número  
 DE FILHOS TIDOS NASC . VIVOS % % NASC . MORTOS & 30 PARTO 23 IDADE % 2 - 1  
 anos 99 - IGN . 23 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO ( EM SEMANAS ) & 4 - 9 a 21 & 5 - 22 27 &  
 7 - 37 a 41 & 3 - 2.4 J #( # ( # ( 31 45 !" & 6 - 20 a 38 0 - IGN . 2 - & 4 - surson Jacu GRAU DE  
 INSTRUÇÃO & 2 - No B-4 - SUECA & 33 #( # ( 1 - ESPONTÂNEO & 2 OPERATÓRIO & 3  
 FORCEPS & 4 - OUTRO RECEBEU ASSISTENCIA ME - DICA DURANTE A DOENÇA  
 QUE OCASIONOU A MORTE ? O MÉDICO QUE ASSINA  
 BAJATENDEUA OFALECIDO ? & 1 - Sim & 2 SUBST , 11 - Sim & 2 - NÃO & IGN . & 3 - & 4 -  
 SVO & 5 - OUTRO 35 CAUSA DA MORTE ( ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR  
 LINHA ) PARTE I DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE  
 A ) Celo JOSIGN . 29 GRAVIDEZ 35 & 3 - TRÍPLICE MORTE EM RELAÇÃO AO PARTO  
 ANTES & 1 ÚNICA & 4 - MAIS DE 3 32 & 2 - DURANTE & 3 - DEPOIS & IGN . & 0  
 DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO EXAME COMPLEMENTAR & 2 - DUPLA & 9 IGN .  
 PESO AO NASCER MORTE CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MÓRBIDOS , SE  
 EXISTIREM , QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA , MENCIONANDO  
 - SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA 19 33 PARTE I OUTROS ESTADOS  
 PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE COM TRIBUIRAM PARA A MORTE , PORÉM  
 NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA , OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A  
 PRODUZIU b ) c ) 1 - SIM & 2 - NÃO CIRURGIA & 2 - Não NECROPSIA t - SE & 2 - NÃO  
 39 NOME DO MÉDICO 36 ÓBITO FEMININO EMIDADE FERTA 1 SIM 2 - NÃO DIGN .  
 ESTAVA GRAVIDA NO MOMENTO DA MORTEZ ESTEVE GRAVIDA NOS DOZE  
 MESES ANTERIORES A MORTEZ INTERVALO ENTRE CID Casado Junenti COMO  
 CONSEQUENCIA DE Lucilene Cannane !" DEVIDO A OU COMO CONSEQUENCIA  
 DE !" !" Conjute Tabel de #( # ( # ( # ( # ( # ( # ( # ( # ( # ( !" 42 ENDEREÇO DO MÉDICO 43 40 C  
 121 197 AS DOENTAS 41 DATA DO ATESTADO 1181 20 45 TIPO ) 45 ASSINATURA #( # (  
 #( # ( # ( # ( # ( & 1 HOMÍbio & 3 ACIDENTE 50 51 52 DECLARANTE & 2 SUICÍDIO & 9 - IGN .  
 TESTEMUNHA Segunda TESTEMUNHA MORTE NÃO NATURAL — PROVÁVEIS  
 CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE - OBS . INFORMAÇÕES DE CARÁTER  
 EPIDEMIOLOGICO 16 SE ACIDENTE ANOTARO NÚMERO CORRESPONDENTE AO  
 TIPO !" !" 1 - ATROPELAMENTO & DEMAIS ACID . TRANSITO 3 - QUEDA 5 - OUTRO 53  
 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO A - AFOGAMENTO C - IGN . 147

FRANÇÃO !" % 1 - BOLETA OCORRENCIA 1 - HOSPITAL 3 - FAMILIA 4 - OUTRA O -  
IGN . 42 ACIDENTE DE TRABALHO & 1 SIM & 2 - NO & 9 - IGN . 49 LOCAL DO  
ACIDENTE 1 - VA PUBLICA & 2 Domicilio & 2 - OUTRO & 4 - LOC , TRAB . & - GN . 14  
MUNICÍPIO

Citation:

"São Carlos, São Paulo, Brazil records," images, FamilySearch (https://  
www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3QHK-3QCK-FXT9?view=index : Nov 17, 2024),  
image 490 of 706; .

<https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3QHK-3QCK-FXT9?view=index>