

## DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

2ª VIA - CARTÓRIO

CARTÓRIO DE Reg. Civil 19 Subd. -  
Nº DO REGISTRO 34.065-  
DATA DO REGISTRO 06.07.84

1 UNIDADE DA FEDERAÇÃO: São Paulo

3 ÓBITO FETAL

4 NOME

5 DATA DO ÓBITO

SIM ☐ NÃO ☐

HELIO CARLOS BALASSONE

HORA DIA MÊS ANO  
8:45 06 07 94

6 ESTADO CIVIL

7 SEXO

8 DATA NASCIMENTO

9 IDADE

SOLTEIRO ☒ CASADO ☐ VIÚVO ☐  
DESQUITADO ☐ OUTRO ☐ IGNORADO ☐MASC. ☒ FEMIN. ☐ IGN. ☐DIA MÊS ANO  
29 09 62

ANOS COMPLETOS ATÉ 1 ANO (MESES) ATÉ 1 MÊS (DIAS) ATÉ 1 DIA (HORAS) IGN.

10 LOCAL DE OCORRÊNCIA

11 ENDEREÇO

12 MUNICÍPIO

HOSPITAL ☒ VIA PÚBLICA ☐  
DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

SÃO CARLOS

13 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC)

14 MUNICÍPIO

15 UF

RUA CIDADE DE MILÃO Nº 660

SÃO CARLOS

SP

16 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO

17 NATURALIDADE

18 GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐

19 NOME DO PAI

20 NOME DA MÃE

CARLOS BALASSONE

NEIDE TEREZINHA ROCHA BALASSONE

21 OCUPAÇÃO HABITUAL

22 GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐

23 OCUPAÇÃO HABITUAL

24 IDADE

25 GRAU DE INSTRUÇÃO

NENHUMA ☐ FUNDAMENTAL ☐ 2º GRAU ☐ SUPERIOR ☐ IGN. ☐

26 Nº DE FILHOS TIDOS

27 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)

28 GRAVIDEZ

NASC. VIVOS NASC. MORTOS TOTAL

MENOS DE 20 ☐ DE 20 A 27 ☐ 28 OU MAIS ☐ IGN. ☐ ÚNICA ☐ DUPLA ☐ TRIPLICE ☐ MAIS DE 3 ☐ IGN. ☐

29 PARTO

30 MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO)

31 PESO AO NASCER

ESPONTÂNEO ☐ OPERATÓRIO ☐ FÓRCEPS ☐ IGN. ☐ ANTES ☐ DURANTE ☐ DEPOIS ☐ IGN. ☐g IGN. ☐

32 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE

33 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO

34 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO

SIM ☒ NÃO ☐ IGN. ☐SIM ☐ SUBSTITUTO ☐ IML ☐ SVO ☐ OUTRO ☒SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ SIM ☐ NÃO ☐

35 CAUSA DA MORTE: (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA)

INTERVALO ENTRE O INÍCIO DA DOENÇA E A MORTE

PARTE - I  
DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE.a) Intoxicação por álcool  
DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

CAUSAS ANTECEDENTES

ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA.

b) DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

c) DEVIDO A OU COMO CONSEQUÊNCIA DE

36 PARTE - II

OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU

37 TIPO

38 ACIDENTE DE TRABALHO

39 LOCAL DO ACIDENTE

HOMICÍDIO ☐ SUICÍDIO ☐ ACIDENTE ☐ IGN. ☐SIM ☐ NÃO ☐ IGN. ☐TRÂNSITO ☐ DOMICÍLIO ☐ OUTRO ☐ IGN. ☐

40 NOME DO MÉDICO SEIYA PEDRO KAMIMURA

41 CRM 14.455

42 DATA DO ATESTADO

43 ENDEREÇO DO MÉDICO R. F. de Setembro, 3064

44 TELEFONE 71-6495

45 ASSINATURA Kamimura,

46 DECLARANTE

47 1ª TESTEMUNHA

48 2ª TESTEMUNHA

49 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO

50 MUNICÍPIO

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

Imprensa Nacional

SÃO CARLOS-SP

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

[illegible]

Citation:

"São Carlos, São Paulo, Brazil records," images, FamilySearch (https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3QHK-8QCK-FDWM?view=index : Jan 9, 2025), image 627 of 1229; .

<https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:3QHK-8QCK-FDWM?view=index>