

DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº 6207453



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA E STATÍSTICA DE SAÚDE

UF:  UF  ESTADUAL DE   
Município de Registro: \_\_\_\_\_ DATA DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

1) NOME DO ÓBITO:  NOME  SOBRENOME  
NOME DO ÓBITO: **JOSÉ FLORENCIO DA ROCHA** DATA DO ÓBITO: 1:00 29 09 99

2) ESTADO CIVIL:  CASADO  VIÚVO  SOLTEIRO  DIVORCIADO  
DATA DO CASAMENTO: 04 09 09 95

3) LOCAL DE OCORRÊNCIA:  RESIDÊNCIA  HOSPITAL  OUTRO  
Município de Ocorrência: **Quibá - MT**

4) HOSPITAL:  HOSPITAL  CLÍNICA  OUTRO  
Nome do Hospital: **Clínica Hospital S/Nº B. Ribeirão Preto - Quibá - MT**

5) NOME DO PAI: **Antonio Apolinário da Rocha**  
6) NOME DA MÃE: **Marcianila Rosa da Rocha**

7) Nº DE FILHOS VIVOS: \_\_\_\_\_  
8) Nº DE FILHOS MORTOS: \_\_\_\_\_

9) PARTO:  1. espontâneo  2. cesariana  3. induzido  4. outros  
10) MORTO EM RELAÇÃO AO PARTO:  SIM  NÃO

11) PRESENÇA ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA/ACIDENTE QUE OCASIONOU A MORTE:  SIM  NÃO

12) CAUSA DA MORTE: **infarto agudo do miocárdio**  
13) CAUSAS ANTERIORES: **hipertensão arterial sistólica**  
**diabete mellitus**  
**arteriosclerose**

14) NOME DO MÉDICO: **Dr. Ronaldo Furtado Martins**  
15) ENDEREÇO DO MÉDICO: **Pian - Quibá - MT**  
16) TELEFONE: **62074511**  
17) DATA DO ATESTADO: **29/09/99**

18) TIPO DE MORTE:  NATURAL  NÃO NATURAL - PROVÁVELS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE:  
19) LOCAL DO ACIDENTE:  RESIDÊNCIA  OUTRO

20) DECLARANTE:  MÉDICO  FAMILIAR  OUTRO  
21) Nº TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_  
22) Nº TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_  
23) Nº TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

**AUTENTICAÇÃO**  
CÓPIA DO DOCUMENTO ORIGINAL  
GERÊNCIA BANCO DADOS / FUSC.  
*Valéria B. Santos de Oliveira*  
ASSINATURA

Valéria B. Santos de Oliveira  
Gerente do Banco de Dados  
FUSC.

