

PODER JUDICIÁRIO - TJMG
 CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA
 Cartório de Registro Civil de São Benedito - MG
 Selo Digital: DZU66757 - Cod. Seg: 2840.7127.6357.5945 - Cod. e Quantidade do(s) ato(s) Praticado(s): 1 (9201), 4 (8101) Ato(s) Praticado(s) por: Regina Regiane N. Pe - Escrevente - Emol.: R\$ 0,00 - Tx. Judic.: R\$ 0,00 - Total: R\$ 0,00 - ISS: R\$ 0,00
 Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>



Entrugar codinhal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
 CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
ALICE APARECIDA DE AVILA

CPF: **812.887.436-53**

MATRÍCULA:
0563090155 2920 4 00025 253 0009970 51

SEXO: **Feminino** COR: **Parda** ESTADO CIVIL E IDADE: **viúva, com 62 anos de idade**

NATURALIDADE: **São Paulo - SP** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: **RG-MG-6.004.183 SSP - Secretaria de Segurança Pública-MG** ELEITOR: **era eleitora**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:
ALICIO CORREA DE AVILA e MARIA DAS DORES GUIMARÃES DE AVILA Rua Leonardo Motta, nº14, Bairro Maria Antonieta Santa Luzia - MG

DATA E HORA DE FALECIMENTO: **vinte e sete de outubro de dois mil e vinte às 23:00 horas** DIA MÊS ANO: **27/10/2020**

LOCAL DE FALECIMENTO:
Hospital Santa Casa, Francisco Sales, nº 1111- Santa Efigênia em Belo Horizonte - MG

CAUSA DA MORTE:
Choque, Sepsis, Pneumonia Bacteriana

REPULAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO: **Cemiterio em Santa Luzia - MG** DECLARANTE: **VICTORIA BRUNA FERREIRA SILVA**

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO QUE ATESOU O ÓBITO:
Dr. Gustavo Lestter S. Ramalho CRM:69135 e Dr. Wagner Luiz F. Tavares CRM:36325

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES A ACRESCEER:
 A Declarante não apresentou a certidão de Casamento, mas apresentou carteira de identidade onde consta registro lavrado no livro 06, folhas 204 do Cartório de Registro Civil de Belo Horizonte - MG.. Declarou que deixou bens a inventariar. Deixou 03 (três) filhos vivos e maiores. Jacqueline (43 anos), Carlos (33 anos) e Saimon (35 anos). 01 (um) filho falecido Leonardo .

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ORÇAO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	RG-MG-6.004.183	04/07/2017	SSP - Secretaria de Segurança Pública-MG	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---
CEP Residencial	---		Grupo Sanguíneo	---

*As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante

Cartório de Registro Civil de São Benedito
 Oficial: MARIA DAS DORES GUIMARÃES BRITO
 Av. Brasília, nº 1067 São Benedito
 Santa Luzia-MG. (31)3637-2320
 cartoriobrito@yahoo.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Santa Luzia-MG, 28 de outubro de 2020.

Regina
 Assinatura do Oficial/Substituto
Regina Regiane Neves Pereira
 Escrevente Autorizada

RECIVIL AA 008961129 MG-P

CARTÓRIO BRITO
EM BRANCO

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula 0018830155 1987 1 0003 050 0000533 31
 Padrão aaaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh ii

DETALHAMENTO

aaaaa (00188-3) Código Nacional da Serventia (identifica a unidade do cartório)
 bb (01) Código do Ato, sendo:
 01 - Acervo Proprio
 Outros - Ativos Incorporados

cc (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo:
 55- Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais

ddd (1987) Ano do Registro

e (1) Tipo do livro, sendo:
 1- Livro A (Nascimento)
 2- Livro B (Casamento)
 3- Livro C (Registro de casamento religioso para simpatizantes)
 4- Livro C (Outro)
 5- Livro C Auxiliar (Registro de Nascimento)
 6- Livro D (Registro de Prêdicas)
 7- Livro E (Demais atos relativos ao Registro Civil)

ffff (0003) Número do livro
 ggg (050) Número da folha
 hhhhhh (0000333) Número do Termo
 ii (31) Dígito Verificador

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



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

Declaração de Óbito

30006359-8

I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 27/10/2020	3 Hora 23:00	3 Cartão SUS	4 Naturalidade São Paulo, SP
	5 Nome do Falecido Alice Aparecida de Avela	6 Nome do Pai Aleus Edson de Avela	7 Nome da Mãe Nancy dos Santos G. de Avela	8 Data de nascimento 07/04/1958	
	9 Idade 62	10 Sexo 1 <input type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input checked="" type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input checked="" type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 5 <input type="checkbox"/> União estável 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
II Residência	13 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		3 <input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Assistente social	
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Leonardo Jota		16 CEP 14	17 Bairro/Distrito Santa Antonieta	
	18 Município de residência Santa Cruz		19 UF RS	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input checked="" type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Outros 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
III Ocorrência	21 Estabelecimento Santa casa		22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Francisco Sales		
	23 CEP 111		24 Bairro/Distrito Sant' Eufemia		
	25 Município de ocorrência Ribeirão		26 UF RS		
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 <input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	
	30 Número de filhos vivos Nascidos vivos: <input type="checkbox"/> Perdidos/fetais/abortos: <input type="checkbox"/>	31 Nº de semanas de gestação 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Diagnóstico confirmado por necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a <u>Choque</u> Devido ou como consequência de:		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		
	CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. b <u>Asma</u> Devido ou como consequência de: c <u>Pneumonia Bacteriana</u> Devido ou como consequência de: d		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
VI Médico	41 Nome do Médico GUSTAVO LESTER SOUZA		42 CRM 69135	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML 4 <input type="checkbox"/> SVO 5 <input type="checkbox"/> Outro	
	44 Município e UF do SVO ou IML Ribeirão MS		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)		
	46 Data do atestado 27/10/2020		47 Assinatura <i>Gustavo Lester Souza</i>		
VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio	3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	
	51 Descrição sumária do evento		52 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 5 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		
53 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)					

