



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ
CORREGEDORIA DE JUSTIÇA DAS COMARCAS DO INTERIOR

Ofício Circular n.º 187/2012-CJCI

Belém, 14 de dezembro de 2012.

Processo n.º 2012.7.008485-4

A Sua Excelência o (a) Senhor (a)
Juiz (a) de Direito da Comarca de

Senhor (a) Juiz (a),

Encaminho a V. Ex.^a cópia do Ofício n.º 201/2012/SESAM, de 04/12/2012, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde de Muaná, que informa o cancelamento da Declaração de Óbito de numeração 1805472-9,, da Unidade Mista de Saúde de Muaná, para conhecimento próprio e ciência aos notários e registradores sob sua jurisdição.

Atenciosamente,

Des.ª Maria de Nazaré Silva Gouveia dos Santos
Corregedora de Justiça das Comarcas do Interior



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº. 201/2012/SESAM

Muaná, 04 de Dezembro de 2012.

A: Corregedoria de Justiça do Estado do Pará
Belém/Pará

Excelentíssimo (a) Desembargador (a),

A Secretaria Municipal de Saúde de Muaná, através deste informa a V. Ex^ª. o cancelamento da D.O (Declaração de Óbito) de numeração 18015472-9 , para ciência e bloqueio da numeração desse formulário considerado sem efeito, visando impedir seu mau uso por terceiros. Outrossim, segue em anexo Boletim de Ocorrência, registrado na Unidade Policial de Muaná.

Respeitosamente,

plp josantos

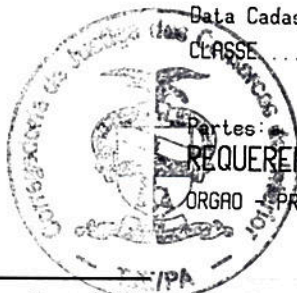
João Roberto M. C. de Macêdo Filho
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

NO. PROCESSO: 2012.7.008485-4

SECRETARIA CORREGEDORIA INTERIOR

Data Cadastro: 10/12/2012

CLASSE OUTROS



Partes:
REQUERENTE - JOAO ROBERTO M. C. DE MACEDO FILHO
ORGÃO - PREFEITURA MUNICIPAL DE MUANA



Governo do Estado do Pará
Polícia Civil do Estado do Pará
 UP MUANÁ - Muaná - Unidade Policial 132
 Boletim de Ocorrência Policial

Número: 00132/2012.000533-5 Muaná, 29 de novembro de 2012
 Registrado em: 29/11/2012 00:00:00 É BOP de Apresentação? Não
 Aditamento ao B.O.P. número 00132/2012.000532-0
 Autoridade Policial...: **Thiago José de Menezes Dias**
 Registrador do Boletim: **Thiago José de Menezes Dias**
 Identificação do Caso.: **REGISTRO PARA FINS DE DIREITO/UMM**
 Dados do Relator.....: **LUCIANA DE NAZARÉ DA SILVA OLIVEIRA**
 Tipo do Relator.....: **Relator**
 Identidade.....: **3656444 / 1 - Identidade / PC - PA**
 Endereço Residencial...: **CAP. ANTONIO DA COSTA AZEVEDO No.190 Complemento:
 FUNDOS CEP: 68825000 Bairro: CENTRO Localidade:
 MUANÁ UF: PA**
 Contato.....:

Dados da Ocorrência

Especialização do Fato: **Vigilância Geral**
 Data e hora do Fato...: **24/11/2012 11:00:00**
 Endereço.....: **Dr. José Ferreira Teixeira, Avenida, Complemento:
 Fundos: Perímetro: ; Bairro: Zona Urbana
 Localidade: Muaná - Muaná / PA**

Relato da Ocorrência


A relatora na qualidade de Agente Administrativo, lotada na Unidade Mista de Muaná, comparece nesta Delegacia de Polícia, para comunicar que na data e hora acima mencionadas ao preencher a Declaração de Óbito nº 18015472-9 ocorreu um erro, por esta razão solicita o cancelamento. Registrado para fins de direito.

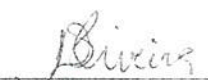
*** FIM DO RELATO ***

Observações:

Atenção: Este B.O.P. será atendido pela unidade Muaná - Unidade Policial 132 no endereço citado no rodapé desta página.

Este documento é Válido como Certidão para fins de direito, É GRATUITO, e não dá direitos ao portador de conduzir veículo automotor sem a Carteira Nacional de Habilitação (C.N.H.)


 Adam Gregory Santos do Carmo
 Escrivão de Polícia


 LUCIANA DE NAZARÉ DA SILVA OLIVEIRA
 Relator



I Identificação	1 Tipo de óbito <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fetal <input type="checkbox"/> 2 Não Fetal	2 Data do óbito	Hora	3 Cartão SUS 833.003.436.557.199	4 Naturalidade MUNANA	
	5 Nome do Falecido RN DE ANA CLAUDIA DE SOUZA FIGUEIRO	6 Nome do Pai TEODOLINO CAVALHEIRO FIGUEIRO				
	7 Nome da Mãe DONETE FORTADO DE SOUZA	8 Data de nascimento 13/07/1930				
	9 Idade Anos completos: 22 Menores de 1 ano: Meses: Dias: Horas: Minutos: Ignorado: 9	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Femi. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estavel 3 <input type="checkbox"/> Viuvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Série: Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2002		
II Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)					
	17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência	Código	19 UF	
	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 3 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Via pública	21 Estabelecimento	22 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (rua, praça, avenida, etc.)			
III Ocorrência	23 CEP	Número	Complemento	24 Bairro/Distrito		
	25 Município de ocorrência	Código	26 UF	27 Idade (anos)		
	28 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Série: Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo					
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002				
	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	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	35 Peso ao nascer (Gramas)					
	36 Número da Declaração de Nascimento Vivo					
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos					
	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado					
VI Médico	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.					
	41 Nome do Médico					
	42 CRM					
	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML					
	44 Município e UF do SVO ou IML					
VII Causas externas	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)					
	46 Data do atestado					
	47 Assinatura					
	48 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Não					
	49 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência 3 <input type="checkbox"/> Família Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Hospital 4 <input type="checkbox"/> Outra					
VIII Óbito	50 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência					
	51 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO					
	52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)					
53 Cartório						
54 Registro						
55 Data						
56 Município						

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

a Devido ou como consequência de:
b Devido ou como consequência de:
c Devido ou como consequência de:
d Devido ou como consequência de:

PARTE II
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID