

<i>Distrito/R. Aut. (ilha)</i>		
<i>Concelho</i>		
<i>Conservatória</i>		
<i>Registo n.º</i>		
<i>Dia</i>	<i>Mês</i>	<i>Ano</i>
2	0	0

Nº de certificado de óbito						

ATENÇÃO – Não preencher este verbete sem ler atentamente as instruções de preenchimento.

DADOS RELATIVOS AO FALECIMENTO										
1 Causa da morte: <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">I</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="radio"/> a) Causa directa (doença, traumatismo ou complicação que levou directamente à morte): <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="radio"/> b) Devida ou consecutiva a: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="radio"/> c) Devida ou consecutiva a: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div> <div> <input type="radio"/> d) Devida ou consecutiva a: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> </div>							Tempo aproximado entre o início da doença e a morte <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		<div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
<div style="text-align: center; margin: 10px 0;">II</div> Outros estados mórbidos, factores ou estados fisiológicos (gravidez...) tendo contribuído para o falecimento, mas não mencionados na parte I: <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>							<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		<div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>	
2 Tipo de óbito: <input type="radio"/> Natural <input type="checkbox"/> 1 <input type="radio"/> Não natural <input type="checkbox"/> 2 <input type="radio"/> Sob investigação médica (aguarda exames complementares ou outros) <input type="checkbox"/> 3					4 Data do falecimento (1).... <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">Dia <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div></div> <div style="text-align: center;">Mês <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div></div> <div style="text-align: center;">Ano <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">200 </div></div> </div>					
3 Tipo de óbito não natural: <input type="radio"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> 1 <input type="radio"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> 2 <input type="radio"/> Eventual suicídio <input type="checkbox"/> 3 <input type="radio"/> Eventual homicídio <input type="checkbox"/> 4 <input type="radio"/> Outro acidente, qual? <input type="checkbox"/> 5 <input type="radio"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 6					5 Local (2) <input type="radio"/> Num domicílio <input type="checkbox"/> 1 <input type="radio"/> No hospital/clínica <input type="checkbox"/> 2 <input type="radio"/> Noutro local <input type="checkbox"/> 3					
					6 A causa da morte foi indicada com base em: <input type="radio"/> Apenas elementos de ordem clínica <input type="checkbox"/> 1 <input type="radio"/> Autópsia <input type="checkbox"/> 3 <input type="radio"/> Auto lavrado pela autoridade administrativa <input type="checkbox"/> 4 <input type="radio"/> Outros documentos oficiais <input type="checkbox"/> 5					
DADOS RELATIVOS AO FALECIDO										
7 Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="checkbox"/> 1 <input type="radio"/> Feminino <input type="checkbox"/> 2 <input type="radio"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 3					10 Naturalidade: <input type="radio"/> Portugal Indique o Concelho: <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>					
8 Data do nascimento <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">Dia <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div></div> <div style="text-align: center;">Mês <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div></div> <div style="text-align: center;">Ano <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div></div> </div>										
9 Estado civil: <input type="radio"/> Solteiro <input type="checkbox"/> 1 <input type="radio"/> Casado <input type="checkbox"/> 2 <input type="radio"/> Viúvo <input type="checkbox"/> 3 <input type="radio"/> Divorciado <input type="checkbox"/> 4 <input type="radio"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 6					<input type="radio"/> Outra Indique o País: <div style="display: flex; justify-content: space-around; border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>					

O Conservador do Registo Civil,