



Câmara Municipal de Linhares
Palácio Legislativo "Antenor Elias"

CÂMARA MUNICIPAL DE LINHARES
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROCESSO: 0710 / 2008

ABERTURA: 17/07/2008 - 14:57:47 SENHA P/ INTERNET: DT37V5J

REQUERENTE: ADERBAL PEDRO PEREIRA PONTES

SOLICITAÇÃO: PRESIDENTE DA CAMARA MUNICIPAL DE LINHARES

ASSUNTO: PROJETO DE LEI

DESCRIÇÃO: "DÁ DENOMINAÇÃO DE PRÓPRIOS E LOGRADOUROS PÚBLICOS, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS".

Mérci
15/07/2008
Kalia
Olívia de F. Campos
PROTOCOLISTA

Tramitação	Data
falta documentos não	/ /
processo bancário citados	/ /
Arquivar - r	05, 04, 09
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /
	/ /



Câmara Municipal de Linhares
Palácio Legislativo "Antenor Elias"
PROJETO DE LEI

**"DÁ DENOMINAÇÃO DE PRÓPRIOS E
LOGRADOUROS PÚBLICOS, E DÁ
OUTRAS PROVIDÊNCIAS"**

CÂMARA MUNICIPAL DE LINHARES
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

PROCESSO: 0710 /2008

ABERTURA: 17/07/2008 - 14:57:47

REQUERENTE: ADERBAL PEDRO PEREIRA PONTES

SOLICITAÇÃO: PRESIDENTE DA CAMARA MUNICIPAL DE LINHARES

ASSUNTO: PROJETO DE LEI

**DESCRIÇÃO: "DÁ DENOMINAÇÃO DE PRÓPRIOS E LOGRADOUROS PÚBLICOS, E DÁ
OUTRAS PROVIDÊNCIAS".**

Márcia Pereira...

Assessoria do Protocolo

Protocolo Municipal

R. Amanda F. Campos

PROTOCOLISTA

Art. 1º - Fica denominado a Quadra Poliesportiva do Distrito de Povoação "OSMAR MARQUES DA SILVA"

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Plenário "Joaquim Calmon", aos dezessete dias do mês de julho do ano de dois mil e oito.


ADERBAL PEDRO PEREIRA PONTES
Vereador

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

Declaração de Óbito

Nº 071153082

I Cartório

1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
4 Município	5 UF	6 Cemitério	

II Identificação

7 Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não Fetal	8 Óbito MORTALIDADE POR DOENÇA	9 RIC	10 Naturalidade MARIAPETENGA - BA
11 Nome do falecido OSMAR MARQUES DA SILVA	12 Nome do pai PROSBITANO SILVA PEREIRA	13 Nome da mãe EDALINA MARQUES BRITO	
14 Data de nascimento 17/04/1971	16 Idade Anos completos: 44 Meses: 00 Dias: 00 Horas: 00 Minutos: 00 Ignorado: <input type="checkbox"/>	18 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	17 Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena
18 Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado Judicialmente / Divorçado <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (se aposentado, colocar a ocupação habitual anterior) APOSENTADO - INATIVO	Código

III Residência

21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.) RUA MANOEL PEREIRA	Código	Número 537	Complemento	22 CEP 49190-000
23 Bairro/Distrito POVOAÇÃO	Código	24 Município de residência LINHARES	Código	25 UF ES

IV Ocorrência

26 Local da ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	27 Estabelecimento HOSPITAL DE PEDIATRIA	Código		
28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	29 CEP	
30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência LINHARES	Código	32 UF ES

V Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO
INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

33 Idade	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe Código	36 Número de filhos tidos Obs.: Utilizar 99 para ignorados Nascidos vivos: <input type="checkbox"/> Nascidos mortos: <input type="checkbox"/>
37 Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	38 Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada	39 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	40 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	41 Peso ao nascer Gramas	42 Num. da Declar. de Nascidos Vivos	

VI Condições e causas do óbito

ÓBITOS EM MULHERES

43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	44 A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:		45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
46 Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	47 Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	48 Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
49 CAUSAS DA MORTE - PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: <u>Infarto agudo do miocárdio</u> CID: <u>I25.0</u> Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: <u>1 hora</u> CID: <u>I25.0</u> Devido ou como consequência de: <u>Doença coronária</u> CID: <u>I25.0</u> Devido ou como consequência de: <u>Doença coronária</u> CID: <u>I25.0</u>		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não foram mencionadas na cadeia acima.		

VII Médico

50 Nome do médico Wilson Tagueta Machado	51 CRM 22719	52 O médico que assina atendeu ao falecido? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IML <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros
53 Meio de contacto (Telefone, fax, e-mail etc.) 32221004	54 Data do atestado 12/04/2004	55 Assinatura Wilson Tagueta Machado

VIII Causas externas

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)

56 Tipo <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Homicídio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	57 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	58 Fonte de informação CPE 317.632.857-20 <input type="checkbox"/> 1 - Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Família <input type="checkbox"/> 4 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorada
59 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência		
SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO		
60 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	

Prefeitura Municipal de Linhares HTDP
CGC 27 167 410/0001-99

