



REQUERIMENTO N. 034/2023

Autoria: Vereadora Leonice Klaus dos Santos

**EXCELENTÍSSIMO PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE
ALTA FLORESTA, ESTADO DE MATO GROSSO, VEREADOR OSLEN
DIAS DOS SANTOS**

LEONICE KLAUS DOS SANTOS, vereadora que a este subscreve, relacionado ao que dispõe o Artigo 213-A e segts. do Regimento Interno desta Casa de Leis, REQUER que digno conceder-lhe **abono de falta quanto a sua ausência na 13ª Sessão Ordinária**, ocorrida no dia 02/05 do corrente, conforme comprovante em anexo.

Nestes termos,
Pede Deferimento.

Sala das Sessões.

Alta Floresta - MT., 03 de maio de 2023.

CÂMARA MUNICIPAL
Recebido 03/05/23
Horas 12h:32m
Secretaria de Exp. Art. e Protocolo


Leonice Klaus dos Santos

Vereadora



| | | | | | |
|------|--|---|--|--|--|
| I | 1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal | 2 Data do óbito 02/10/2023 | Hora | 3 Cartão SUS | 4 Naturalidade Cidade: São Paulo, SP |
| | 5 Nome do Falecido Leonardo Klaus de Freitas | Município / UF (se estrangeiro informar País) | | | |
| II | 6 Nome do Pai Johny Medeiros de Freitas | 7 Nome da Mãe Luzinete de Freitas Klaus de Freitas | | | |
| | 8 Data de nascimento 20/11/1994 | 9 Idade Anos completos: 28 Menores de 1 ano: Meses: Dias: Horas: Minutos: Ignorado: <input type="checkbox"/> | 10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado | 11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena | 12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada |
| III | 13 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) Série: <input checked="" type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo | 14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) SOLDADOR | | Código CBO 200 | |
| | 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA LUÍDICEIA | Número | Complemento S/N | 16 CEP 78580-000 | |
| IV | 17 Bairro/Distrito BOA ESPERANÇA | Código | 18 Município de residência ALTA FLORESTA | Código | 19 |
| | 20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena | 21 Estabelecimento VIA PÚBLICA | | Código CNES | |
| V | 22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Cidade: São Paulo, SP | | Número | Complemento | 23 CEP 78580-000 |
| | 24 Bairro/Distrito Cidade: São Paulo, SP | Código | 25 Município de ocorrência Cidade: São Paulo, SP | Código | 26 |
| VI | PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE | | | | |
| | 27 Idade (anos) | 28 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) Série: <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo | 29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) | | Código CBO 2002 |
| VII | 30 Número de filhos tidos Nascidos vivos: <input type="checkbox"/> Perdidos fetais/abortos: <input type="checkbox"/> | 31 Nº de semanas de gestação | 32 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada | 33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado | 34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado |
| | 35 Peso ao nascer Gramas | 36 Número da Declaração de Nascido Vivo | | | |
| VIII | ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL | | ASSISTÊNCIA MÉDICA | | DIAGNÓSTICO CONFIRMADO |
| | 37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos | 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado | | 39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado | |
| IX | 40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. | | ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA | | |
| | CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar e causa básica. | | Tempo aproximado entre o início da doença e a morte | | |
| X | PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. | | CID | | |
| | 41 Nome do Médico Diego Marcelo Muller | 42 CRM 6338 | 43 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML | 44 Município e UF do SVO ou IML Cidade: São Paulo, SP | |
| XI | 45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) | 46 Data do atestado 02/10/2023 | 47 Assinatura Diego Marcelo Muller Perito Oficial Médico Legista Matrícula: 322346 CRM-MT 6838 | | |
| | PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) | | | | |
| XII | 48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros | 49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | 50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra | | |
| | 51 Descrição sumária do evento Trauma com contusão | | Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input checked="" type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Estabelecimento com <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada | | |
| XIII | ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA | | | | |
| | 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA... | Número | Bairro | Município | UF |
| XIV | 53 Cartório | Código | 54 Registro | 55 Data | |
| | 56 Município | | | | |

DEFINIÇÕES:

(De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (10ª revisão) - CID-10)

1 - Nascimento vivo: É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção o qual, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

2 - Óbito fetal: É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da Mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

3 - Causas de morte: As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

4 - Causa básica de morte: A causa básica de morte é definida como: a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte, ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

LEGISLAÇÃO:

(Lei 6.015, de 31 de dezembro de 1973 com a redação alterada pela Lei nº 6.216, de 1975)

CAPÍTULO IX

DO ÓBITO

Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º A cremação de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.