



Câmara Municipal de Caieiras

REQUERIMENTO Nº 30/96

Senhora Presidenta:

REQUEREMOS a Vossa Excelência, nos termos regimentais, seja inserido em ata de nossos trabalhos um Voto de Pesar pelo falecimento de EDILEUSA DA SILVA TOLEDO, ocorrido no dia 13 de maio de 1996.

Seu falecimento causou profundo pesar a todos deixando saudades eternas no coração de amigos e familiares.

REQUEREMOS, outrossim, o envio de cópia do deliberado à família enlutada dando conta desta nossa manifestação.

.....Plenário Vereador Dércio Pasin, 29 de março de 1996.

[Signature]
AFDÓQUIA CHAIB FERREIRA NEVES
Vereadora

[Signature]
DANIEL MARCOLINO DA CRUZ
Vereador

[Signature]
JORGE PEREIRA DE ARAUJO
Vereador

[Signature]
JOSÉ VICENTE FILHO
Vereador

[Signature]
MARLI ROMA AGUSTINELLI
Vereadora

PAULO DO CARMO MONTEIRO
Vereador

[Signature]
ANTONIO ROMERO POLLON
Vereador

[Signature]
JESUÍTO GUEDES DOS SANTOS
Vereador

[Signature]
JOSÉ SOARES
Vereador

[Signature]
MARIA JOSÉ DE MELLO MANZANARES
Vereadora

[Signature]
NELSON URTADO
Vereador

A SECRETARIA P/ AS
DEVIDAS PROVIDÊNCIAS
S. S. 16 / 05 / 1996

Pg
30

CARTÓRIO		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE		DECLARAÇÃO DE ÓBITO Nº 2236021	
1ª VIA - ESTATÍSTICA DE SAÚDE		1 UF:		2 CARTÓRIO DE	
Nº DO REGISTRO:		DATA DO REGISTRO:			
3 TIPO DE ÓBITO	4 NOME	5 DATA DO ÓBITO			
☐ 1 - FETAL ☒ 2 - NÃO FETAL	Edileusa da Silva Toledo	HORA DIA MÊS ANO 18.50 13 05 96			
6 ESTADO CIVIL	7 SEXO	8 DATA NASC.		9 IDADE	
☐ 1 - SOLTEIRO ☒ 2 - CASADO ☐ 3 - VIÚVO ☐ 4 - SEP. JUDIC. ☐ 5 - OUTRO ☐ 6 - IGN.	☐ 1 - MASC. ☒ 2 - FEM. ☐ 0 - IGN.	DIA MÊS ANO 14 06 55		40 anos	
10 LOCAL DE OCORRÊNCIA	11 MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA				
☒ 1 - HOSPITAL ☐ 2 - VIA PÚBLICA ☐ 3 - DOMICÍLIO ☐ 4 - OUTRO	caieiras				
12 NOME DO ESTABELECIMENTO		13 Cód. Estb.			
Hospital Municipal Perus					
14 RESIDÊNCIA HABITUAL (RUA, NÚMERO, BAIRRO, ETC.)		15 MUNICÍPIO		16 UF	
Alameda dos Limoeiros Nº 27 Laraj. aieras		Caieirsa			
17 OCUPAÇÃO HABITUAL DO FALECIDO Se aposentado, colocar também a ocupação anterior		18 NATURALIDADE		19 GRAU DE INSTRUÇÃO	
Do lar		Ag. Belas PE		☐ 1 - NENHUM ☒ 2 - 1ª GRAU ☐ 3 - 2ª GRAU ☐ 4 - SUPERIOR ☐ 0 - IGN.	
20 NOME DO PAI		21 NOME DA MÃE			
Abdias Pereira da Silva		Elita Cipriano da Silva			
22 OCUPAÇÃO HABITUAL		23 GRAU DE INSTRUÇÃO			
		☐ 1 - NENHUM ☐ 2 - 1ª GRAU ☐ 3 - 2ª GRAU ☐ 4 - SUPERIOR ☐ 0 - IGN.			
24 OCUPAÇÃO HABITUAL		25 IDADE			
26 GRAU DE INSTRUÇÃO		27 Nº DE FILHOS TIDOS			
☐ 1 - NENHUM ☐ 2 - 1ª GRAU ☐ 3 - 2ª GRAU ☐ 4 - SUPERIOR ☐ 0 - IGN.		NASC. VIVOS ☐ 99 - IGN. NASC. MORTOS ☐			
28 DURAÇÃO DA GESTAÇÃO (EM SEMANAS)		29 GRAVIDEZ			
☐ 4 - 0 a 21 ☐ 5 - 22 a 27 ☐ 6 - 28 a 36 ☐ 7 - 37 a 41 ☐ 8 - 42 a + ☐ 0 - IGN.		☐ 1 - ÚNICA ☐ 2 - DUPLA ☐ 3 - TRÍPLICE ☐ 4 - MAIS DE 3 ☐ 0 - IGN.			
30 PARTO		31 MORTE EM RELAÇÃO AO PARTO		32 PESO AO NASCER	
☐ 1 - ESPONTÂNEO ☐ 2 - OPERATÓRIO ☐ 3 - FORCEPS ☐ 4 - OUTRO ☐ 0 - IGN.		☐ 1 - ANTES ☐ 2 - DURANTE ☐ 3 - DEPOIS ☐ 0 - IGN.		☐	
33 RECEBEU ASSISTÊNCIA MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE?		34 O MÉDICO QUE ASSINA ATENDEU AO FALECIDO?		35 O DIAGNÓSTICO FOI CONFIRMADO	
☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☒ 0 - IGN.		☒ 1 - SIM ☐ 2 - SUBST. ☐ 3 - ML. ☐ 4 - SVO ☐ 5 - OUTRO		EXAME COMPLEMENTAR CIRURGIA NECRÓPSIA ☒ 1 - SIM ☐ 1 - SIM ☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☐ 2 - NÃO ☐ 2 - NÃO	
36 ÓBITO FEMININO EM IDADE FÉRTIL		37 CAUSA DA MORTE (ANOTE SÓ UM DIAGNÓSTICO POR LINHA)			
☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☐ 0 - IGN.		PARTE I DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MÓRBIDOS, SE EXISTIREM, QUE PRODUZIRAM A CAUSA ACIMA REGISTRADA, MENCIONANDO-SE EM ÚLTIMO LUGAR A CAUSA BÁSICA			
38 PARTE II OUTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A MORTE, PORÉM NÃO RELACIONADOS COM A DOENÇA, OU ESTADO PATOLÓGICO QUE A PRODUZIU		39 NOME DO MÉDICO			
		Dr. Mila blasotti			
40 ENDEREÇO DO MÉDICO		41 TELEFONE		42 DATA DO TESTADO	
Av. Benjamin Harris hunicut 1501		60600		96	
MORTE NÃO NATURAL - PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DA MORTE - OBS: INFORMAÇÕES DE CARATEN EPIDEMIOLÓGICO					
45 TIPO		46 SE ACIDENTE ANOTAR O NÚMERO CORRESPONDENTE AO TIPO		47 FONTE DA INFORMAÇÃO	
☐ 1 - HOMICÍDIO ☐ 2 - SUICÍDIO ☒ 3 - ACIDENTE ☐ 0 - IGN.		☐ 1 - ATROPELAMENTO ☐ 2 - DEMAIS ACID. TRANSITO ☐ 3 - QUEÇA ☐ 4 - AFOGAMENTO ☐ 5 - OUTRO ☐ 0 - IGN.		☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☐ 0 - IGN.	
48 ACIDENTE DE TRABALHO		49 LOCAL DO ACIDENTE		50 DECLARANTE	
☐ 1 - SIM ☐ 2 - NÃO ☐ 0 - IGN.		☐ 1 - VIA PÚBLICA ☐ 2 - DOMICÍLIO ☐ 3 - OUTRO ☐ 4 - LOC. TRAB. ☐ 0 - IGN.			
51 1ª TESTEMUNHA					
52 2ª TESTEMUNHA					
53 CEMITÉRIO EM QUE SERÁ ENTERRADO					
caieiras					
54 MUNICÍPIO					
caieiras					

96/5801