

LEI N.º 843/2005

EM 26 DE DEZEMBRO DE 2005.


Denomina a **RUA JOSÉ LINO** localizada no loteamento Omega deste Município.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, Estado Ceará, no uso de suas atribuições legais, faço saber que a Câmara Municipal, aprovou e eu sanciono, e promulgo a seguinte Lei;

Art. 1º - Fica denominada de **RUA JOSÉ LINO**, a rua sem denominação oficial, localizada no loteamento Omega, no Parque São Gonçalo na Sede do Município de São Gonçalo do Amarante – Ce.

Art. 2º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação e revogam-se as disposições em contrário.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, aos 26 dias do mês de dezembro de 2005.


WÁLTER RAMOS DE ARAÚJO JÚNIOR
Prefeito Municipal

EDITAL DE PUBLICAÇÃO No. 2612003/2005

O PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, no uso da competência que lhe confere o artigo 28, inciso X, da Constituição Estadual do Estado do Ceará, e Lei Municipal n.º 652/2000, de 08 de fevereiro de 2000, **RESOLVE** publicar mediante afixação no rol de entrada do prédio da Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante, sita na Avenida Doca Paraíba, n.º 282, Centro, a **LEI Nº 843/2005**, de 26 de dezembro de 2005, nesta data.

PUBLIQUE-SE.

DIVULGUE-SE.

CUMPRA-SE.

PAÇO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE, aos 26 dias do mês de dezembro do ano de 2005.



WÁLTER RAMOS DE ARAÚJO JÚNIOR
Prefeito Municipal



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 Data Hora 08/08/2001 06:15	9 RIC	10 Naturalidade
	11 Nome do falecido JOSE BEZERRA LINO		13 Nome da mãe M ^{re} ALEXANDRINA BEZERRA	
	12 Nome do pai MANOEL ALVES LINO	15 Idade Anos completos: 61	16 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 checked="" type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena
	14 Data de nascimento 25/04/1940	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 <input type="checkbox"/> 5 - União consensual <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 checked="" 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) AGRICULTOR
III Residência	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)		Código	Número
	22 CEP			
	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código
IV Ocorrência	26 Local de 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 CURA D'ARS	
	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)		Número	29 CEP
	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código
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	36 Número de filhos tidos Obs.: Utilizar 99 para ignorados) Nascidos vivos: _____ Nascidos mortos: _____
	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		ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	43 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input 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"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	45 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:			
	46 Exame complementar? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
	47 Cirurgia? <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
48 Necrópsia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado				
49 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
PARTI I				
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte				
a FALÊNCIA MULTIPLOS ÓRGÃOS				
Devido ou como consequência de:				
b CARCINOMATOSE PERITONEAL				
Devido ou como consequência de:				
c ADENOCARCINOMA GÁSTRICO.				
Devido ou como consequência de:				
d				
PARTI II				
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
VII Médico	50 Nome do médico MARCOS VIEIRA FERNANDES		51 CRM 5124	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 contato (Telefone, fax, e-mail etc.) 226-0707		54 Data do atestado 08/08/2001	55 Assinatura Dr. Marcos Vieira Fernandes
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
VIII Causas externas	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 type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	58 Fonte de informação <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			
IX Localidade do Médico	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO			Código
	60 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)			
61 Declarante		62 Testemunhas		