



# ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Câmara Municipal de Vereadores de Cacequi

## CERTIDÃO

Certifico que no dia 21/10/2020  
Afixei este documento no lugar de  
costume desta Câmara Municipal  
de Vereadores de Cacequi-RS.

### PORTARIA Nº188/2020.

GERAL 1093  
Câmara Municipal  
CACEQUI-RS  
Prot. 0.244.200 ag. 32  
Data 19/10/2020  
  
\_\_\_\_\_  
Assinatura Hora

**CONCEDE CINCO DIAS DE AUSÊNCIA  
AO SERVIÇO AO SERVIDOR ALEX  
SANDRO MOSSI DE SOUZA, ASSESSOR  
DE IMPRENSA.**

A Vereadora, Presidente da Câmara Municipal de Vereadores  
de Cacequi/RS, no uso de suas atribuições legais,

### RESOLVE:

Art.1º Conceder 5 (cinco) dias consecutivos de ausência ao  
serviço ao Servidor ALEX SANDRO MOSSI DE SOUZA, exercendo a função de  
Assessor de Imprensa neste Poder Legislativo, referente ao falecimento de sua esposa  
GIOVANA DOS SANTOS MACEDO, conforme Art. 114, inciso IV, alínea “b” da Lei  
2.520, de 27 de julho de 2.005, Regime Jurídico Único.

Art.2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação,  
com efeitos a contar do dia 15 de outubro de 2020, conforme atestado em anexo.

GABINETE DA PRESIDÊNCIA DA CÂMARA  
MUNICIPAL DE VEREADORES DE CACEQUI, em 19 de outubro de 2.020.

  
ANA PAULA DEL'O LMO  
Presidente da Câmara de Vereadores

  
RENE MENDONÇA FERNANDES  
Secretário

REGISTRE – SE E PUBLIQUE – SE

Rua Senador Salgado Filho, 235 - Cep. 97.450-000 - Tel. ( 55) 3254-1449 – Fax 3254 1031 – Cacequi –  
RS

Email : [cmcacequi@terra.com.br](mailto:cmcacequi@terra.com.br)

“Doe Órgãos, Doe Sangue: Salve Vidas

I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 15/10/2020 12:55		Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade CACIQUE - R Município / UF (se estrangeiro inform)		
	5 Nome do Falecido Gisranci dos Santos Macedo							
II	6 Nome do Pai Gisranci Menezes de Macedo			7 Nome da Mãe Ester dos Santos Mac				
	8 Data de nascimento 22/12/1984	9 Idade Anos completos: 35 Menores de 1 ano: Meses: Dias: Horas: Minutos: Ignorado: 9		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado divorciado <input type="checkbox"/> União <input type="checkbox"/> Ignorado	
III	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo			14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) CONTADOR	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA LUNAETA			16 CEP 977
	17 Bairro/Distrito FONA			Código	18 Município de residência CACIQUE		Código	
IV	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"/> Outros <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado: 9			21 Estabelecimento HCAA	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Av Presidente Jango			23 CEP 97015
	24 Bairro/Distrito Centro			Código	25 Município de ocorrência SANTA MARIA		Código	
V	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª 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		
	30 Número de filhos vivos Nascidos vivos: Perdas fetais/abortos: 99 Ignorado	31 Nº de semanas de gestação 99 Ignorado	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	
VI	37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input checked="" type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano 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 checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a) SEPTICEMIA NÃO ESPECIFICADA Devido ou como consequência de: b) ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. HIPERTENSÃO ESSENCIAL	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte						
VII	41 Nome do Médico LISIANE DE O. GARCIA	42 CRM 27799	43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input checked="" type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 3220-4482			
	46 Data do atestado 15/10/2020	47 Assinatura LISIANE DE O. GARCIA						
VIII	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input checked="" type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado: 9							
	49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento					
IX	52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)			Número	Bairro	Município		
	53 Cartório	Código	54 Registro	55 Data				
X	56 Município							