



# ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

## Câmara Municipal de Vereadores de Cacequi



PORTARIA Nº 442, DE 18 DE MARÇO DE 2025.

PROT. Nº 283  
Câmara Municipal  
CACEQUI-RS  
Prot. Nº 02-257 Pag. 02  
Data 18/03/25

**CONCEDE CINCO DIAS DE AUSÊNCIA DO  
SERVIÇO AO SERVIDOR AIRES DA ROZA  
MADEIRA- VIGILANTE**

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

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Conceder cinco dias consecutivos de ausência do serviço ao servidor Aires da Roza Madeira, Vigilante, nesse poder legislativo, referente ao falecimento de sua Mãe ELSA DA ROZA MADEIRA, conforme determina o artigo 114, inciso 4, alínea B lei de 2.520 de 27 de Julho de 2005, Regime Jurídico Único dos Servidores Municipais de Cacequi RS.

**Art. 2º** Esta Portaria é retroativa a data de 17/03/2025.

**GABINETE DA PRESIDÊNCIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE  
CACEQUI, EM 18 DE MARÇO, DE 2025.**

**ARTHUR RUMPEL JOANELLA**  
Presidente da Câmara Municipal de Vereadores

**TAIGUARA EDUARDO HAAR**  
Secretário

**REGISTRA-SE E PUBLIQUE-SE**

**CERTIDÃO**  
Certifico que no dia 18/03/25  
Afixei este documento no lugar de  
costume desta Câmara Municipal  
de Vereadores de Cacequi-RS.

Rua Senador Salgado Filho, 235 CEP: 97.450-000 – Tel. (55) 3254 – 1449 – Cacequi – RS  
www.cvcacequi.com.br, E-mail: [cmcacequi@terra.com.br](mailto:cmcacequi@terra.com.br)

**“Doe Órgãos, Doe Sangue: Salve Vidas”**



I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 19/10/2011	Hora	3 Cartão SUS 123456789	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)
	5 Nome do Falecido MARCOS VINÍCIUS DE MOURA				
	6 Nome do Pai MARCOS VINÍCIUS DE MOURA		7 Nome da Mãe MARCOS VINÍCIUS DE MOURA		
II Residência	8 Data de nascimento 19/10/1980	9 Idade Anos completos: 31 Menores de 1 ano: Meses: 0, Dias: 0, Horas: 0, Minutos: 0	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado (ou divorçado) 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 8 <input type="checkbox"/> Ignorado
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002: 123456789		
	16 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Rua: [handwritten]				
III Ocorrência	17 Bairro/Distrito [handwritten]		Código	18 Município de residência [handwritten]	Código
	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		21 Estabelecimento [handwritten]	Código CNES	
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) [handwritten]		Número	Complemento	23 CEP [handwritten]
IV Fetal ou menor que 1 ano	24 Bairro/Distrito [handwritten]	Código	25 Município de ocorrência [handwritten]	Código	26 UF [handwritten]
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	27 Idade (anos) [handwritten]	28 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	Série	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002	
30 Número de filhos tidos Nascidos vivos: [handwritten] Perdas fetais/abortos: [handwritten]	31 Nº de semanas de gestação [handwritten]	32 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	33 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Casáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	34 Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	35 Peso ao nascer (Gramas) [handwritten]
V Condições e causas do óbito	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação Ignorado 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a) [handwritten] Devido ou como consequência de: b) [handwritten] Devido ou como consequência de: c) [handwritten] Devido ou como consequência de: d) [handwritten]				
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
VI Médico	41 Nome do Médico [handwritten]		42 CRM [handwritten]	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML [handwritten]
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) [handwritten]		46 Data do atestado [handwritten]	47 Assinatura [handwritten]	
VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidentia 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Não 9	50 Fonte da Informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº [handwritten] 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra		
	51 Descrição sumária do evento [handwritten]		Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
VIII Cartório	ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA				
	52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) [handwritten]	Número	Bairro	Município	UF
	53 Cartório [handwritten]	Código	54 Registro [handwritten]	55 Data [handwritten]	
	56 Município [handwritten]				