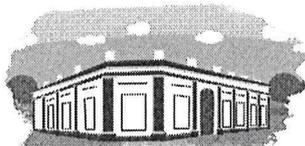


LIDO  
Na Sessão de:

16 / 11 / 2021



PODER LEGISLATIVO DE CÁCERES  
ÉTICA E TRANSPARÊNCIA A SERVIÇO DO POVO

PROTOCOLO Em 16 / 11 / 21 Hrs 10:44 Sob nº 2578	Projetos De Lei	Nº 42 / 21	APROVADO
	Projeto De Decreto Legislativo		Presidente da Câmara
	Projeto De Resolução		
	Requerimento		
	Indicação		REJEITADO
	<input checked="" type="checkbox"/> Moção		
	Emenda		Presidente da Câmara

Autora Ver. **Valdeniria Dutra Ferreira**

**Partido - PSC**

APROVADO  
Na Sessão de:

16 / 11 / 2021



A vereadora que abaixo subscreve **Propõe à** nobre Mesa, com anuência, na forma regimental, seja consignada nos anais desta Casa, com os registros de ofício e noticiamentos de praxe **MOÇÃO DE PESAR** pelo passamento da ilustre senhora **AMBROSINA MESSIAS RODRIGUES SERRÃO**, em nosso Município de Cáceres.

Senhor Presidente, nobres vereadores que honrosamente compõem este Parlamento. Temos plena consciência de que a outorga de uma honraria especial desta Casa é institucionalmente condicionada aos requisitos básicos e indispensáveis ao real merecimento do agraciado. Embora possa ser considerada singela, a homenagem plenária tem, na essência, a função e o objetivo de fazer justiça de reconhecimento perante a quem de fato o tenha feito por merecer. Regimentalmente a proposição de homenagem implica em elevada responsabilidade do indicante sobre a conduta e as reais qualidades do indicado.

A senhora Ambrosina Messias Rodrigues Serrão, nascida em 12 de junho de 1939, casada com José Alves Serrão, natural de Olho D'Água das Flores – Alagoas, veio para o município de Cáceres-MT em 1967, faleceu no dia 14 de Novembro de 2021 aos oitenta e dois anos, deixando seis filhos, doze netos e seis bisnetos. Ambrosina deixa um legado muito importante a todos que a conheceram com imenso coração e bondade que a tinha, na qual merece nosso reconhecimento.

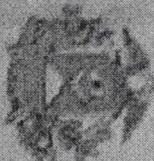
Ao exposto, senhor presidente, nobres colegas, solicito apoio unânime deste soberano Plenário para juízo e aprovação da presente Moção de Pesar.

Sala das Sessões, 16 de Novembro de 2021.



**Valdeniria Dutra Ferreira**  
**Vereadora - PSC**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



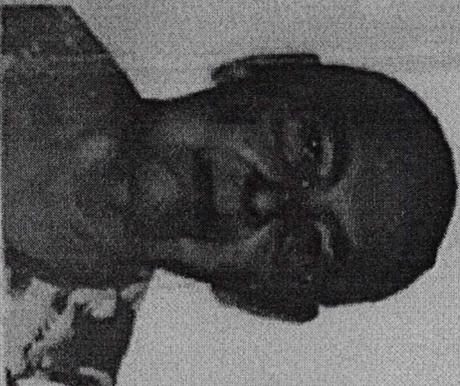
ESTADO DE MATO GROSSO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA



NOME AMBROSINA MESSIAS RODRIGUES SERRÃO

FILIAÇÃO

DANIEL MESSIAS RODRIGUES  
NAIR MARIA RODRIGUES



DATA NASCIMENTO 12/06/1939

NATURALIDADE OLHO D'AGUA DAS FLORES-AL

TIPOFATOR RH  ORGÃO EXPEDIDOR SSP/MT

OBSERVAÇÃO 

NÃO ASSINA POR  
IMPEDIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CNPJ 536.251.291-91

DN

REGISTRO FEDERAL 08370257-2-VIA

DATA DE EMISSÃO 12/01/2021

PROFISSIONAL CIVIL AMBROSINA MESSIAS RODRIGUES SERRÃO  
C.CASAM.128 LIV.1 FLS.129 SAO JOAO DAS DUAS  
PONTES-SP

T. ELETORAL

001375101858

CTPS

NR/ FLS. PAGER

IDENTIDADE PROFISSIONAL

SERIE

UF

Polegar direito

GERM. MATEUS

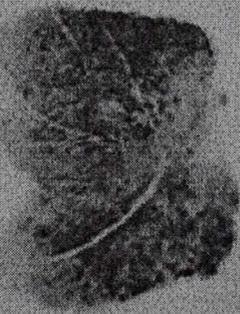
CNPJ

CNS

701007842907997

*Quarto*

P 010



Ailton Pires Machado  
Diretor do Instituto de Identificação  
ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 14/11/2021		Hora 20:50		3 Cartão SUS 701007842907997		4 Naturalidade Cidade D'Água das Flores/MT														
	5 Nome do Falecido AMBROSINA MESSIAS RODRIGUES SERRAS																					
II	6 Nome do Pai DANIEL MESSIAS RODRIGUES					7 Nome da Mãe MAIR MARINA RODRIGUES																
	8 Data de nascimento 12/06/1939		9 Idade 82			10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela		12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo												
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)					3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) APOSENTADA		Código CBO 2002												
	16 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Rua Das Cristas										Número 578		Complemento		16 CEP 78210420							
III	17 Bairro/Distrito Vila Mariana			18 Município de residência Caceres			19 UF MT															
	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública		3 <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		5 <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		21 Estabelecimento Domicilio		Código CNES													
III	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Rua Das Cristas										Número 578		Complemento		23 CEP 78210420							
	24 Bairro/Distrito Vila Mariana			25 Município de ocorrência Caceres			26 UF MT															
IV	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 checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo		29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002					
	30 Número de filhos tidos Nascidos vivos		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		36 Número da Declaração de Nascido Vivo									
V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL										37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto		3 <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação		5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação		6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necropsia? <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. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.										ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) <u>OBito em decorrência de doença</u> Devido ou como consequência de: b) <u>Insuficiência cardíaca</u> Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: <u>1298</u> e <u>1750</u>											
VI	41 Nome do Médico David David Barros Lopes					42 CRM 9689		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 Caceres/MT		45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 065132232944		46 Data do atestado 14/11/2021		47 Assinatura David Barros Lopes						
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)										48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros		3 <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros		49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		50 Fonte de informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra		Ignorado			
VII	51 Descrição sumária do evento										52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		Número		Balço		Município		UF			
	53 Cartório										54 Registro		55 Data		56 Município		57 UF					
IX	58 Declarante										59 Testemunhas A B											