

PORTARIA Nº 103 de 10 de maio de 2023.

Exonera servidor Comissionado em razão do falecimento e da outras providências.

O Excelentíssimo Senhor **THIAGO TIMO OLIVEIRA** Prefeito do Município de Torixoréu, Estado do Mato Grosso, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas pelo inciso II, XI e XII, ambos do artigo 51 da Lei Orgânica do Município de Torixoréu - MT:

RESOLVE:

Artigo 1º. Exonerar o servidor comissionado, VALMIR JOSE ALVES do cargo de SERVIDOR BRACAL, por motivo de falecimento ocorrido em 06.05.2023.

Artigo 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 06.05.2023, revogados as disposições em contrário.

Registre-se, publique-se e cumpra-se.

Gabinete do Prefeito do Município de Torixoréu - MT, em 10 de maio de 2023.

THIAGO TIMO

OLIVEIRA:04169863

151

Assinado de forma digital por THIAGO
TIMO OLIVEIRA:04169863151

Dados: 2023.05.10 10:35:17 -03'00'

THIAGO TIMO OLIVEIRA

Prefeito Municipal de Torixoréu/MT



I Identificação	1 Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 06/05/2023	3 Cartão SUS 702003827554382	4 Naturalidade Torixoréu - MT
	5 Nome do Falecido Volmir José Alves	6 Nome do Pai Eldiram José Alves	7 Nome da Mãe Márcia Alves dos Santos	
	8 Data de nascimento 13/04/1968	9 Idade 55	10 Sexo M - Masc.	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
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Jardineiro (aposentado)	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/divorciado 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada
II Residência	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Rua José Carriso de Sousa	16 CEP 78695000	17 Bairro/Distrito Setor Apropriado	18 Município de residência Torixoréu
	19 UF MT			
III Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena	21 Estabelecimento Código CNES	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Rua José Carriso de Sousa	23 CEP 78695000
	24 Bairro/Distrito Setor Apropriado	25 Município de ocorrência Torixoréu	26 UF MT	
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002
V Condições e causas do óbito	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	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"/> Cesáreo 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	36 Número da Declaração de Nascido Vivo	
VI Médico	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <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 8 <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 checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	39 Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
VII Causas externas	40 CAUSAS DA MORTE			
	PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. a <u>Morte Súbita de Causo Desconhecida</u> b <u>-</u> c <u>-</u> d <u>-</u>			
VIII Cartório	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima. <u>Hipertensão Essencial</u>			
	41 Nome do Médico Murilo Moraes Chaves de Oliveira	42 CRM 14065-MT	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 MT
IX d. ico	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) murilo-mchaves@...@...@...	46 Data do atestado 06/05/2023	47 Assinatura Dr. Murilo Chaves MÉDICO CRM-MT: 14065	
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
X d. ico	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento
	52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)			
XI d. ico	53 Cartório	54 Registro	55 Data	
	56 Município	57 UF		
XII d. ico	58 Declarante	59 Testemunhas		
		A		