



CÂMARA MUNICIPAL DE ILHA COMPRIDA

- ESTÂNCIA BALNEÁRIA -

GABINETE DO VEREADOR OEDER KUZNIER DE RAMOS- UNIÃO BRASIL

EXMO. SR. PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE ILHA COMPRIDA

REQUERIMENTO Nº 024/2024

Eu, Oeder Kuznier de Ramos, vereador nesta casa de leis, venho mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, nos termos regimentais, justificar minha ausência e **REQUERER** a Vossa Senhoria e Vereadores o abono da minha ausência a 3º Sessão Ordinária, realizada em 20/02/2023, em virtudes de luto, conforme em anexo.

Nestes termos, aguardo o deferimento.

Ilha Comprida/SP, 27 de fevereiro de 2024.

OEDER KUZNIER DE RAMOS
Vereador – UNIÃO BRASIL

Avenida Beira Mar, nº 11.476, Balneário Icaraí – CEP 11.925-000

Telefone (13) 3842.2000

[EMAIL- vereador_ederconstrutor@ilhacomprida.sp.leg.br](mailto:vereador_ederconstrutor@ilhacomprida.sp.leg.br)
assessoria_ederconstrutor@ilhacomprida.sp.leg.br



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

34106442-4

I	1) Tipo de óbito ☒ Fetal ☐ Não Fetal	2) Data do óbito 19/10/2024	Hora 16:10	3) Cartão SUS 799778884552271	4) Naturalidade Dourados - MS
	5) Nome do Falecido APRILIA KUNENIE, m. Lemos	6) Nome da Mãe DANIELA m. Jorge KUNENIE			
	7) Nome do Pai WALDO KUNENIE	8) Data de nascimento 12/10/1951			
II	9) Idade 72	10) Sexo ☒ F - Fêmea ☐ M - Masculino	11) Raça/Cor ☒ Branca ☐ Preta ☐ Amarela	12) Situação conjugal ☒ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo	13) Escolaridade (última série concluída) ☒ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior completo
	14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) APOSENTADA	15) CEP 11.920-000	16) Município de residência Itaquiraçu	17) Bairro/Distrito Rocio	18) Local de ocorrência do óbito ☒ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros
	19) Estabelecimento HOSPITAL REGIONAL DE REGIÃO	20) Código CNES 9566095	21) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) R. Vitorino Pereira	22) Número 449	23) CEP 11.900-000
III	24) Bairro/Distrito DISTRITO INDUSTRIAL	25) Município de ocorrência Região	26) Código 9566095	27) UF MS	28) Local de ocorrência do óbito ☒ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros
	29) Estabelecimento HOSPITAL REGIONAL DE REGIÃO	30) Código CNES 9566095	31) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) R. Vitorino Pereira	32) Número 449	33) CEP 11.900-000
	34) Bairro/Distrito DISTRITO INDUSTRIAL	35) Município de ocorrência Região	36) Código 9566095	37) UF MS	38) Local de ocorrência do óbito ☒ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros
IV	39) Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe 40) Idade (anos) 41) Escolaridade (última série concluída) ☒ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Superior completo	42) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) APOSENTADA	43) Código CBO 2002	44) Número de filhos vivos 45) Nº de semanas de gestação 46) Tipo de gravidez ☒ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais	47) Tipo de parto ☒ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado
	48) Morte em relação ao parto ☒ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado	49) Peso ao nascer 50) Número da Declaração de Nascimento Vivo	51) Obito de mulher em idade fértil ☒ Na gravidez ☐ No parto ☐ No aborto ☐ Não ocorreu nestes períodos	52) Assistência médica ☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	53) Diagnóstico confirmado por: ☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
	54) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	55) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte C/D	56) Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: a) INFEÇÃO BACTÉRIANA b) TUMOR MALIGNO EM VÍCIO c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:	57) Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	58) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal
V	59) Nome do Médico Vivian Paula de Oliveira	60) CRM 91022	61) Obito atestado por Médico ☒ Assistente ☐ Substituto ☐ IML	62) Município e UF do SVO ou IML Região MS	63) Assinatura Vivian Paula de Oliveira
	64) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 35002545	65) Data do atestado 19/10/2024	66) Assinatura Vivian Paula de Oliveira	67) Assinatura Vivian Paula de Oliveira	68) Assinatura Vivian Paula de Oliveira
	69) Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico) 70) Tipo ☒ Acidente ☐ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outros	71) Acidente de trabalho ☒ Sim ☐ Não	72) Fonte da informação ☒ Ocorrência Policial Nº ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outros	73) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência ☒ Via pública ☐ Endereços da residência ☐ Outros	74) Endereço do local do acidente ou violência 75) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)
VI	76) Cartório 77) Município	78) Registro 79) Data	80) UF	81) Declarante	82) Testemunhas A B
	83) Cartório 84) Município	85) Registro 86) Data	87) UF	88) Declarante	89) Testemunhas A B
	90) Cartório 91) Município	92) Registro 93) Data	94) UF	95) Declarante	96) Testemunhas A B