



ESTADO DO CEARÁ  
CÂMARA MUNICIPAL DE MARACANAÚ

PROJETO DE LEI Nº 155 /2023

*Denomina de TEREZINHA DA SILVA PARENTE PORTELA o pólo gastronômico Localizado entre a Rua Joaquim Lima e a Unidade de Pronto Atendimento FRANCISCA ERBENES OLIVEIRA RODRIGUES, no Distrito de Pajuçara, neste Município e da outras providências.*

**A CÂMARA MUNICIPAL DE MARACANAÚ DECRETA A SEGUINTE LEI:**

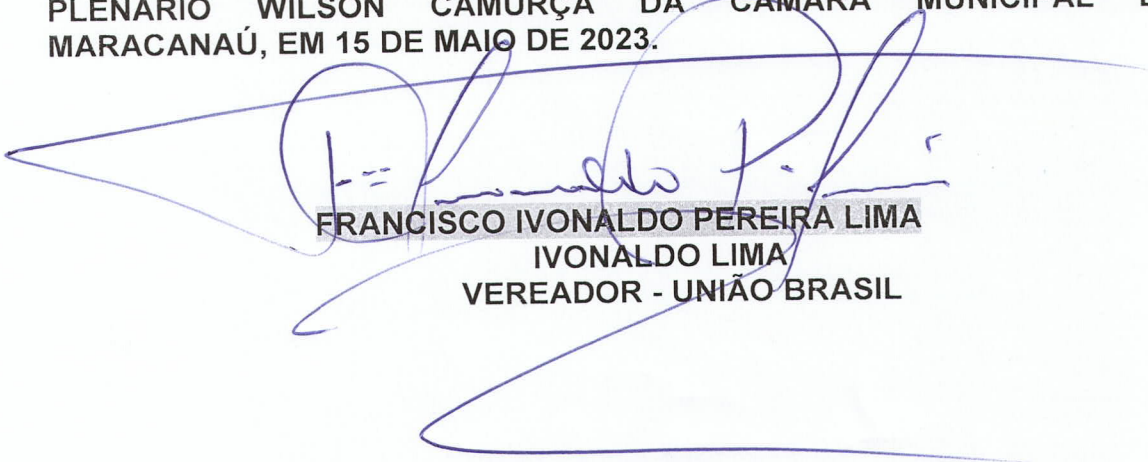
**Art. 1º.** Fica denominada **TEREZINHA DA SILVA PARENTE PORTELA**, o pólo gastronômico, Localizado entre a Rua Joaquim Lima e a Unidade de Pronto Atendimento Francisca Erbenes Oliveira Rodrigues, no Distrito de Pajuçara, neste Município.

**Art. 2º.** Fica estabelecido a instalação em data previamente acordada da placa indicativa.

**Art. 3º.** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

**Artg. 4º.** Revogam-se as disposições em contrário.

PLENÁRIO WILSON CAMURÇA DA CÂMARA MUNICIPAL DE MARACANAÚ, EM 15 DE MAIO DE 2023.

  
FRANCISCO IVONALDO PEREIRA LIMA  
IVONALDO LIMA  
VEREADOR - UNIÃO BRASIL



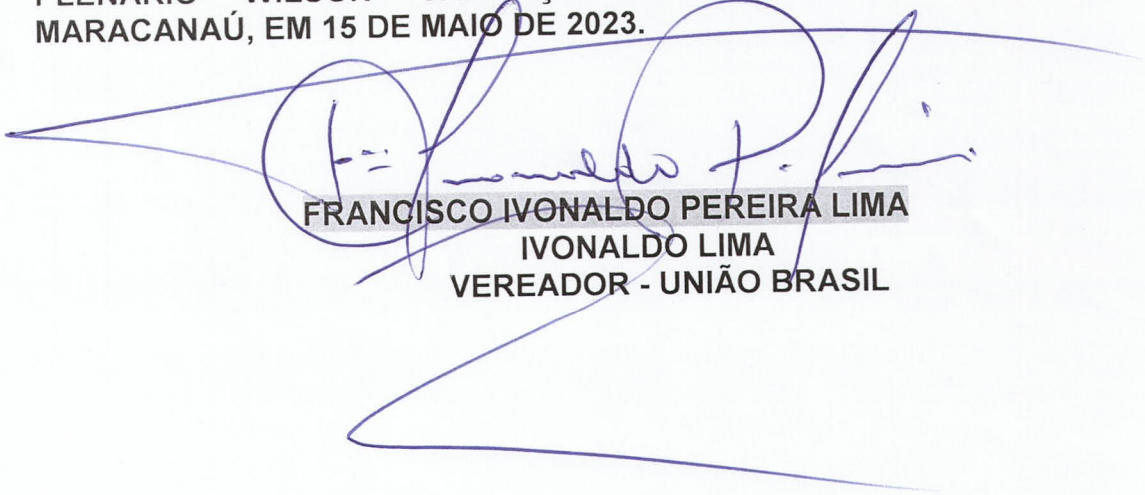
## ESTADO DO CEARÁ CÂMARA MUNICIPAL DE MARACANAÚ

### JUSTIFICATIVA

Este Projeto de Lei tem como escopo prestar uma justa homenagem à memória da Senhora **Terezinha da Silva Parente Portela** ao denominar o pólo gastronômico localizada no Distrito de Pajuçara, neste Município.

Homenagear a senhora **Terezinha da Silva Parente Portela** é reconhecer todo o seu esforço e dedicação que a mesmo sempre teve em prol de melhores condições de vida, de trabalho e de convivência para os cidadãos Maracanauses!

PLENÁRIO WILSON CAMURÇA DA CÂMARA MUNICIPAL DE MARACANAÚ, EM 15 DE MAIO DE 2023.

  
FRANCISCO IVONALDO PEREIRA LIMA  
IVONALDO LIMA  
VEREADOR - UNIÃO BRASIL



# Declaração de Óbito

33714147-9

|  |  |   |   |  |   |
|--|--|---|---|--|---|
| I<br>Identificação   | 1 Tipo de óbito<br><input type="checkbox"/> Fetal<br><input type="checkbox"/> Não Fetal  | 2 Data do óbito<br>1 9 0 1 2 0 2 2 2 0 0 4 0 0 3 7 1 1 4 3 3 0 6 4  | 3 Cartão SUS  | 4 Naturalidade<br>Município / UF (se estrangeiro informar País)<br>Município   |   |
|  | 5 Nome do Falecido<br>Reginaldo da Silva da Costa  | 6 Nome do Pai<br>Reginaldo da Silva da Costa  | 7 Nome da Mãe<br>Regina da Silva da Costa   |  |   |
|  | 8 Data de nascimento<br>1 3 0 0 1 1 9 4 3  | 9 Idade<br>Anos completos: 49<br>Menores de 1 ano: Meses: _____ Dias: _____ Horas: _____ Minutos: _____ Ignorado: <input type="checkbox"/> 9  | 10 Sexo<br><input type="checkbox"/> M - Masc.<br><input type="checkbox"/> F - Fem.<br><input type="checkbox"/> I - Ignorado   | 11 Raça/Cor<br>1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda<br>2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena<br>3 <input type="checkbox"/> Amarela  | 12 Situação conjugal<br>1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/avocado<br>2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável<br>3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada |
|  | 13 Escolaridade (última série concluída)<br>Nível:<br>0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado<br>1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto<br>2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo 9 | Série: 9  | 14 Ocupação habitual<br>(Informar anterior, se aposentado / desempregado)<br>Aparentador  | Código CBO 2002  |   |
| II<br>Residência   | 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)<br>Rua Reginaldo da Costa   | Número: 311   | Complemento   | 16 CEP<br>020320000  |   |
|  | 17 Bairro/Distrito<br>São João   | Código  | 18 Município de residência<br>Tanguari  | Código 19 UF<br>CE   |   |
| III<br>Ocorrência  | 20 Local de ocorrência do óbito<br><input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena 9   | 21 Estabelecimento<br>Código CNES   | 22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)<br>Rua Reginaldo da Costa  | Número: 311  |   |
|  | 23 CEP<br>020320000  | 24 Bairro/Distrito<br>São João  | 25 Município de ocorrência<br>Tanguari  | Código 26 UF<br>CE   |   |
| IV<br>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)<br>Nível:<br>0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado<br>1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto<br>2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 9 | Série: 9  | 29 Ocupação habitual<br>(Informar anterior, se aposentada / desempregada)<br>Código CBO 2002   |   |
| V<br>Condições e causas do óbito   | 30 Número de filhos vivos  | 31 Nº de semanas de gestação  | 32 Tipo de gravidez<br>1 <input type="checkbox"/> Única<br>2 <input type="checkbox"/> Dupla<br>3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais<br>9 <input type="checkbox"/> Ignorada                    | 33 Tipo de parto<br>1 <input type="checkbox"/> Vaginal<br>2 <input type="checkbox"/> Cesáreo<br>9 <input type="checkbox"/> Ignorado  |   |
|  | 34 Morte em relação ao parto<br>1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado  | 35 Peso ao nascer<br>Gramas   | 36 Número da Declaração de Nascido Vivo   | 37 A morte ocorreu<br>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<br>2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 9 |   |
| VI<br>Médico   | 38 ASSISTÊNCIA MÉDICA<br>Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado   |   | 39 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:<br>Necrópsia?<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado   |  |   |
|  | 40 CAUSAS DA MORTE<br>PARTE I<br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.<br>CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.  | ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA<br>a) <u>Exsanguinamento por ruptura hepatoarterial</u><br>Devido ou como consequência de:<br>b) <u>Disseminação hepatoarterial bacteriana</u><br>Devido ou como consequência de:<br>c) _____<br>Devido ou como consequência de:<br>d) _____   |   |  |   |
| VII<br>Causas externas   | 41 Nome do Médico<br>Reginaldo da Silva da Costa   |   | 42 CRM<br>2030  | 43 Óbito atestado por Médico<br>1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML   |   |
|  | 44 Município e UF do SVO ou IML<br>Município UF  | 45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)<br>51 9405 1175   | 46 Data do atestado<br>1 9 0 1 2 0 2 2 2 0 0 4 0 0 3 7 1 1 4 3 3 0 6 4  | 47 Assinatura  |   |
| VIII<br>Cartório   | PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)   |   |   |  |   |
|  | 48 Tipo<br>1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9  | 49 Acidente de trabalho<br>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9  | 50 Fonte da informação<br>1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº Ignorado<br>2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 9 | 51 Descrição sumária do evento   |   |
| 52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA<br>Logradouro (rua, praça, avenida, etc) |  | Número  | Bairro  | Município UF   |   |
| 53 Cartório  |  | Código  | 54 Registro   | 55 Data  |   |
| 56 Município   |  |   |   | 57 UF  |   |

Dr. Maria Sulyan de Brito  
Médica  
CRM 24370



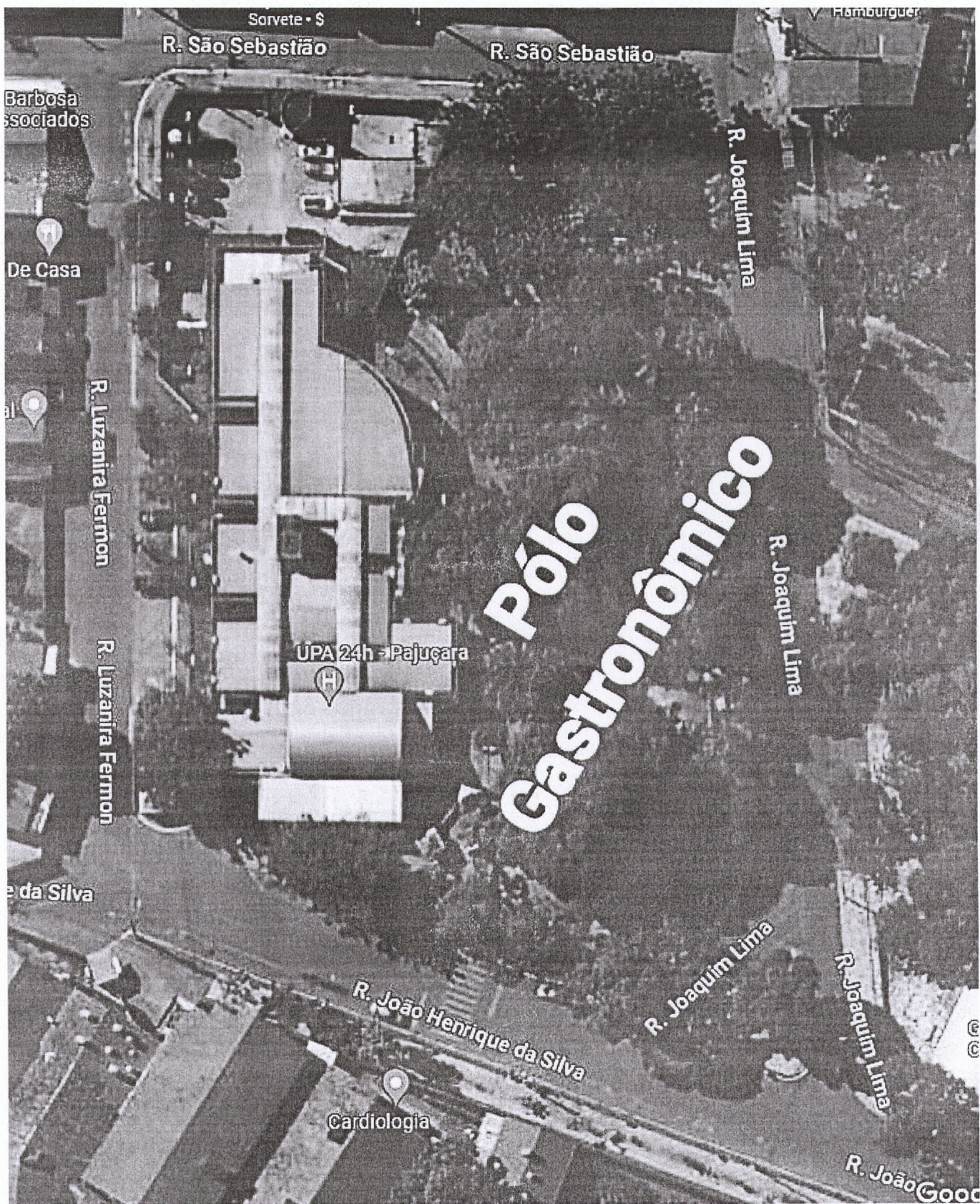
## ESTADO DO CEARÁ CÂMARA MUNICIPAL DE MARACANAÚ

### Biografia

Nascida em 13 de Junho de 1943, Terezinha da Silva Parente Portela, filha de Francisco Wilson Parente e Raimunda da Silva Parente. Já na adolescência foi passar uns dias com sua tia no município de Sobral na localidade São José do Torto, Chegando lá conheceu Antônio Cialdino Portela seu futuro esposo, com quem casou e teve no interior de Sobral 11 filhos. Enfrentou a seca de 1958 a mais perversa da história do Ceará, onde passou a dá 3 aulas por dia para manter o sustento e a sobrevivência da família.

Em 1979 enfrentando muita dificuldade com ajuda de seus filhos veio embora para o município de Maracanaú, onde fixou residência e viveu por muitos anos no bairro de Pajuçara. Sempre prestativa uma mulher guerreira de muita fé, era rezadeira e professora.

Terezinha uma mulher humilde que viveu toda sua vida em prol do povo da Pajuçara.



Sorvete - S  
R. São Sebastião

R. São Sebastião

Hamburguer

Barbosa associados

R. Joaquim Lima

De Casa

R. Luzanira Feron

# Pólo Gastronômico

R. Joaquim Lima

UPA 24h - Pajuçara

R. Luzanira Feron

e da Silva

R. João Henrique da Silva

R. Joaquim Lima

R. Joaquim Lima

Cardiologia

R. João Good