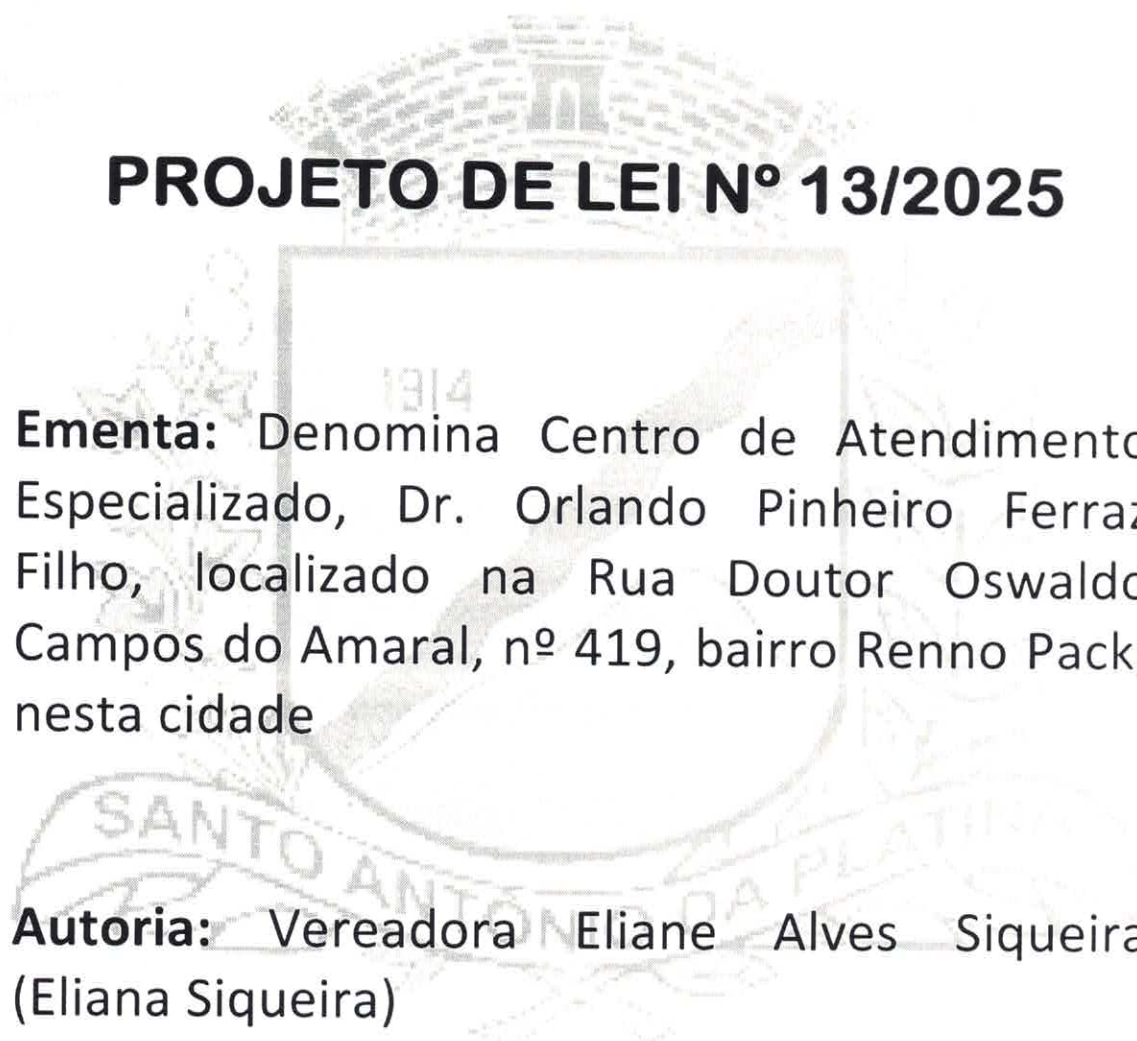




PROJETO DE LEI Nº 13/2025

Ementa: Denomina Centro de Atendimento Especializado, Dr. Orlando Pinheiro Ferraz Filho, localizado na Rua Doutor Oswaldo Campos do Amaral, nº 419, bairro Renno Pack, nesta cidade

Autoria: Vereadora Eliane Alves Siqueira
(Eliana Siqueira)



CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Palácio do Poder Legislativo "Vereador José Corrêa Gomes"

Av. Cel. Oliveira Motta, 715 - Centro - C.P. - 81 - CEP: 86430-000 - Fone (43) 3534-1220

email: camarasap@uol.com.br - site: www.santoantoniodaplatina.pr.leg.br

PROJETO DE LEI Nº 13/2025

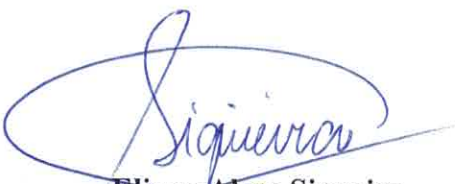
Denomina Centro de Atendimento Especializado, Dr. Orlando Pinheiro Ferraz Filho, localizado na Rua Doutor Oswaldo Campos do Amaral, nº 419, bairro Renno Pack, nesta cidade.

A Câmara Municipal de Santo Antônio da Platina Estado do Paraná, aprovou e eu, Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei, de autoria da Vereadora Eliane Alves Siqueira.

Art. 1º – Fica denominado Centro de Atendimento Especializado Dr. Orlando Pinheiro Ferraz Filho, localizado na Rua Doutor Oswaldo Campos do Amaral, nº 419, bairro Renno Pack, nesta cidade.

Art. 2º – Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

SECRETARIA DA CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA / ESTADO DO PARANÁ, em 05 de maio de 2025.


Eliane Alves Siqueira
Vereadora



CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Palácio do Poder Legislativo "Vereador José Corrêa Gomes"

Av. Cel. Oliveira Motta, 715 - Centro - C.P. - 81 - CEP: 86430-000 - Fone (43) 3534-1220

email: camarasap@uol.com.br - site: www.santoantoniodaplatina.pr.leg.br

JUSTIFICATIVA AO PROJETO DE LEI

Senhor Presidente,

Senhores Vereadores;

A iniciativa de propor um projeto de lei para atribuição de nomes a logradouros públicos é uma prerrogativa legal dos vereadores, conforme estabelece a Lei Orgânica do Município.

Neste contexto, apresenta-se a justa homenagem ao Dr. Orlando Pinheiro Ferraz Filho, cidadão exemplar e profissional de notório reconhecimento, nascido em 20 de setembro de 1961, em Santo Antônio da Platina, Paraná. Filho de Orlando Pinheiro Ferraz e Maria F. D. Ferraz, Dr. Orlando construiu sua trajetória com base em sólidos valores familiares, ética profissional e profundo compromisso com o bem-estar de sua comunidade. Foi casado com Ivonete Bertoni Ferraz e pai de três filhos, todos médicos — sendo que um deles seguiu seus passos na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, dando continuidade ao seu legado na área da saúde da mulher.

Formou-se em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 2 de fevereiro de 1985. Posteriormente, especializou-se em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, finalizando sua formação em 2 de fevereiro de 1987. Desde então, dedicou-se com excelência e responsabilidade ao exercício da medicina por mais de três décadas em sua cidade natal.

Reconhecido por sua competência técnica, ética inabalável e postura sempre acolhedora, Dr. Orlando foi referência em sua área. Mais do que um médico, era um profissional sensível às necessidades humanas, comprometido com cada paciente e respeitado por toda a comunidade. Sua atuação extrapolava o campo clínico, sendo também conselheiro, amigo e exemplo de generosidade.



CÂMARA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DA PLATINA

Palácio do Poder Legislativo "Vereador José Corrêa Gomes"

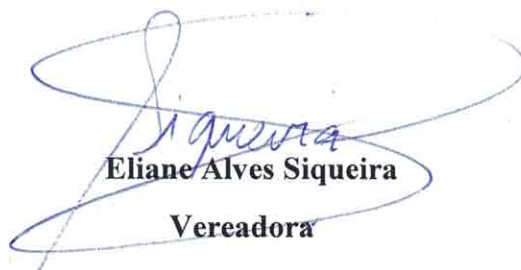
Av. Cel. Oliveira Motta, 715 - Centro - C.P. - 81 - CEP: 86430-000 - Fone (43) 3534-1220

email: camarasap@uol.com.br - site: www.santoantoniodaplatina.pr.leg.br

Seus esforços contribuíram significativamente para o avanço da saúde no município, em especial no cuidado com a saúde feminina. Infelizmente, sua brilhante trajetória foi interrompida de maneira trágica, em um acidente de motocicleta ocorrido na vizinha Argentina, o que gerou grande comoção e sentimento de luto coletivo em Santo Antônio da Platina.

Diante de sua expressiva contribuição social e profissional, é mais que justa a presente homenagem. A proposta de denominar o novo Centro de Atendimento Especializado "**Dr. Orlando Pinheiro Ferraz Filho**" é um tributo simbólico, mas carregado de significado. Representa o reconhecimento e a gratidão da população platinese a um de seus filhos mais ilustres e queridos.

Que sua memória siga inspirando as futuras gerações de profissionais da saúde, e que seu nome permaneça como símbolo de dedicação, competência e humanidade.



Eliane Alves Siqueira
Vereadora

CERTIFICADO DE DEFUNCION

PARA EL REGISTRO CIVIL		Nº DE ACTA	DPTO.
		TOMO	REGISTRO CIVIL
CERTIFICADO QUE <u>Orlando Pinheiro Ferraz Filho</u>		SEXO <u>masculino</u>	DOC. IDENT. Nº <u>18.999.66-8</u>
Domicilio en: Provincia <u>Paraná</u>		Localidad: <u>Santo Antonio</u>	Calle <u>R. Antonio Sebastião Pereira</u>
Localidad: <u>Paraná</u>	Calle <u>Pereira</u>	Nº <u>450</u>	Ha fallecido en: <u>Hospital San Martín</u>
Año <u>2025</u>	a las <u>15</u> horas	(su domicilio, establecimiento asistencial otro) el día <u>19</u> mes <u>04</u>	
Dejo constancia que los datos los obtuve por haber asistido al paciente reconocido el cadáver y referencias de terceros practicado la pericia legal.			
Lugar y Fecha <u>A referencia de terreno Paraná 21 de abril 2025</u>		FIRMA Y SELLO	
DATOS DEL MEDICO		FIRMA Y SELLO	
NOMBRES Y APELLIDO <u>Manuel Ulises Quintanar</u>		Médico Forense	
Domicilio prox. Localidad <u>Paraná</u> Calle <u>Bondadeo</u>		Entre Ríos - CP 12759	
Teléfono <u>4243259</u>		Matr. Prof. Nº <u>12759</u>	

Informe Estadístico de DEFUNCION
(Datos amparados por el decreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción: Día Mes Año

2 Departamento o Partido

3 Delegación o Registro Civil

4 Tomo Folio Acta

DATOS DE LA DEFUNCION (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Si 1 No 2

6 Lo atendió el médico que suscribe? Si 1 No 2

CAUSA DE LA DEFUNCION

i) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.

ii) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

a) Se dejó a disposición del fiscal de turno

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: Accidente 1 Suicidio 2 Homicidio 3 Se ignora 9

b) Como se produjo: Describir las circunstancias e situación en que aconteció como por ejemplo: Caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc... Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc...

c) Lugar donde ocurrió el hecho:

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s Pinheiro Ferraz Filho

Nombre/s Orlando

10 Fecha de la defunción: Día Mes Año

11 Fecha de nacimiento: Día Mes Año

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años.

Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consignar sólo los meses y días.

Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos.

13 Sexo: Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

14 Ocurrió en ... Establecimiento de salud público 1 Establecimiento privado, obra social, etc. 2 Vivienda (domicilio), particular 3 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4

Nombre del establecimiento: Hospital San Martín

15 Domicilio donde se produjo: Calle Nº/Ruta y Km. Hospital San Martín Paraná 450

Localidad/Provincia: Paraná Departamento o Partido: Paraná Provincia: Entre Ríos

16 Vivir habitualmente en: Calle Nº/Ruta y Km. R. Antonio Sebastião Pereira

Localidad/Paraje: Santo Antonio da Platina Departamento o Partido: Paraná Provincia (o país para extranjeros): Brasil

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

Obra Social 1 Plan de Salud privado o mutual 2 Afiliado 3 Ninguno 4

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

DEL FALLECIDO: NOMBRE Y APELLIDO: _____

PADRE DEL FALLECIDO (NOMBRE Y APELLIDO): _____

MADRE DEL FALLECIDO (NOMBRE Y APELLIDO): _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE: _____

DOMICILIO: _____ de 20 _____

D.N.I./E./C.: _____

FIRMA DEL DENUNCIANTE _____

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

Nunca asistió	01 ☐	Incompleto	Completo		
S.E. No Reformado				S.E. Reformado	
- Primario	02 ☐	03 ☐		- Ciclos E.G.B. (1° y 2°)	11 ☐
- Secundario	04 ☐	05 ☐		- Ciclo E.G.B. 3°	13 ☐
- Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐		- Polimodal	15 ☐
					16 ☐

19. Cuál era su situación (laboral)?
Trabajaba o estaba de licencia: 1 ☐
No trabajaba: ☐ Buscaba trabajo 2 ☐
☐ No buscaba trabajo 3 ☐

20. Cuál era su ocupación habitual? _____

SOLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

21. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

Nunca asistió	01 ☐	Incompleto	Completo		
S.E. No Reformado				S.E. Reformado	
- Primario	02 ☐	03 ☐		- Ciclos E.G.B. (1° y 2°)	11 ☐
- Secundario	04 ☐	05 ☐		- Ciclo E.G.B. 3°	13 ☐
- Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐		- Polimodal	15 ☐
					16 ☐

22. Cuál es su edad? (años cumplidos)
Años: _____

23. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)
Si 1 ☐ → Responder Pre. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente.
No 2 ☐ → Pasar a preg. 25 y 26 respondiendo con los datos de la madre exclusivamente.

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

24. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

Nunca asistió	01 ☐	Incompleto	Completo		
S.E. No Reformado				S.E. Reformado	
- Primario	02 ☐	03 ☐		- Ciclos E.G.B. (1° y 2°)	11 ☐
- Secundario	04 ☐	05 ☐		- Ciclo E.G.B. 3°	13 ☐
- Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐		- Polimodal	15 ☐
					16 ☐

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

25. Cuál es su situación laboral?
Trabaja o está de licencia: 1 ☐
No trabaja: ☐ Busca trabajo 2 ☐
☐ No busca trabajo 3 ☐

26. Cuál es su ocupación habitual? _____

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen 1 año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

27. Cuál fue el peso del niño al nacer? gramos _____

28. Cuál fue su peso al morir? gramos _____

29. Nació de un útero...
Simple: 1 ☐ → ir a pregunta siguiente
Múltiple: 2 ☐ → el que produjo ☐ niños vivos y ☐ defunciones fetales

30. Cuántas semanas completas duró la gestación? Semanas completas _____

31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?
Día _____ Mes _____ Año _____

32. Contando hasta el día de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? embarazos _____

33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____

- y cuántas defunciones fetales? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

Medico ENTREGA
OFICINA DE GUARDIA
DIVISION I SERVICIO MEDICO

Apellido y Nombre: Quiñeros Manuel Ulises Matrícula Profesional N° 12759
Domicilio Profesional: Calle Rondeau N° 2210
Localidad: Paraná Teléfono: 424-2256

Firma: Quiñeros Manuel
Sello: Medico Policia
Entre Rios. LP 12759