

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 00000007376-7

Nr. da Autenticação D09005BCD17EE232

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190376674 **Cidade:** Nossa Senhora Aparecida **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE LÂMINA DE C6 E C7 E DO PROCESSO ESPINHOSO DE C7 (COLUNA CERVICAL).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO APRESENTANDO MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXILIO DO ACOMPANHANTE, MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA, MUSCULATURA PARA VERTEBRAL PRESERVADA, REDUÇÃO DA CURVATURA FISIOLÓGICA DA COLUNA (RETIFICAÇÃO), DOR E PARESTESIA NA REGIÃO CERVICAL A DIREITA QUE IRRADIA PARA O OMBRO E MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO SEVERO DA COLUNA CERVICAL COM DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A DIREITA, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA CERVICAL E DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. O PERICIADO REFERE DOR E PARESTESIA NA REGIÃO CERVICAL À DIREITA QUE SE IRRADIA PAR AO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, EVOLUIU COM REDUÇÃO DA FORÇA, MEMBRO SUPERIOR DIREITO (MONOPARESIA).

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/07/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

591-656-775-87

CPF:

591-656-775-87

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Antônio Bento dos Santos Solrinho

Profissão:

Barnador

Endereço:

Perecado Arary

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Nossa Senhora Aparecida

Estado:

SC

E-mail:

marcordigloira@gmail.com

Número:

2488

Complemento:

Casa

CEP:

49540-000

Tel.(DDD):

79-99918-9207

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE INVESTIMENTO

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

INVESTPREV

09 ABR 2019

AGÊNCIA: 4470

CONTA: 7376

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIV) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Talcidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/irmãos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e data: 08-04-19. Nossa Senhora da Glória

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

09 ABR 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

INVESTPREV

09 ABR 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº. 035808/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/04/2019 12:16 Data/Hora Fim: 03/04/2019 12:28
Delegado de Polícia: Eunico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: Delegacia Distrital de Nossa Senhora Aparecida

Data/Hora do Fato: 09/02/2019 16:00

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Povoado Arari

Complemento: Próximo ao Povoado Cruz das Graças

CEP: 49.540-000

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PR - Marialva Sexo: Masculino Nasc: 07/03/1972

Profissão: Operador de Escavadeira

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Necisice dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1154615

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 591.856.775-87

Endereço

Município: Nossa Senhora Aparecida - SE

Nº. S/N

Logradouro: Povoado Arari -RUA 01

CEP: 49.540-000

Telefone: (79) 99945-0746 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)	
Grupo	Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário	723.242.445-00
Ano/Modelo Fabricação	2000/2000
Marca/Modelo	GM CORSA WIND
Quantidade	1 Unidade
Subgrupo	Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa	MTF2994
Cor	branca
Veículo Adulterado?	Não
Situação	Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Bento dos Santos Sobrinho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que estava transitando por uma via do Povoado Arari próximo ao Povoado Cruz das Graças, quando um veículo que não sabe identificar, veio no sentido contrário em alta velocidade e para evitar a colisão o noticiante fez uma manobra abrupta e acabou ocorrendo o capotamento por três vezes do veículo no qual estava. Que devido ao acidente automobilístico



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

fraturou duas vértebras na cervical, conforme relatório médico, usando até hoje um colete na cervical.

ASSINATURAS

Matheus Fraga Correa
Responsável pelo Acedimento

"Declaro, sob a兹dade de direito que sou o(a) declarante responsável pelas informações acima assentadas e que só posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 379-Denúncia, 379-A, 380-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

09 ABR 2019



Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data da Impressão: 03/04/2019 12:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/04/2019 12:16 Data/Hora Fim: 03/04/2019 12:28
Delegado de Polícia: Eunico César Souza Nascimento

INVESTPREV

25 ABR 2019

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: Delegacia Distrital de Nossa Senhora Aparecida

Data/Hora do Fato: 09/02/2019 16:00

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Povoado Arari

Complemento: Próximo ao Povoado Cruz das Graças

CEP: 49.540-000

Tipo do Local: Em veículo

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PR - Marialva Sexo: Masculino Nasc: 07/03/1972

Profissão: Operador de Escavadeira

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Necisice dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1154615

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 591.856.775-87

Endereço

Município: Nossa Senhora Aparecida - SE

Nº: S/N

Logradouro: Povoado Arari -RUA 01

CEP: 49.540-000

Telefone: (79) 99945-0746 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário: 723.242.445-00	Placa: MTF2994
Ano/Modelo Fabricação: 2000/2000	Cor: branca
Marca/Modelo: GM CORSA WIND	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Nome Envolvido	Envolvidos
Antônio Bento dos Santos Sobrinho	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que estava transitando por uma via do Povoado Arari próximo ao Povoado Cruz das Graças, quando um veículo que não sabe identificar, veio no sentido contrário em alta velocidade e para evitar a colisão o noticiante fez uma manobra abrupta e acabou ocorrendo o capotamento por três vezes do veículo no qual estava. Que devido ao acidente automobilístico



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035808/2019

fraturou duas vértebras na cervical, conforme relatório médico, usando até hoje um colete na cervical.

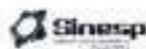
ASSINATURAS

Matheus Fraga Correa
Responsável pelo Acedimento

"Declaro, sob a兹dade de direito que sou o(a) declarante responsável pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei ontem, conforme previsto nos Artigos 379-Denúncia, 379-A, 380-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

25 ABR 2019



Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data da Impressão: 03/04/2019 12:28
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Ato

/NEURO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1856860 DATA: 10/02/2019 HORA: 00:43 USUARIO: WSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO
 IDADE.....: 46 ANOS NASC: 07/03/1972
 ENDERECO....: Povoado ARARI
 COMPLEMENTO...: 700103911119716 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP...: 49540-000
 NOME PAI/MAE..: OZEIA BENTO DOS SANTOS /MARISA NEOSICE DOS SANTOS
 RESPONSAVEL...: MARIA IRAILDE-ESPOSA TEL...: 79-99635.1
 PROCEDENCIA...: HOSPITAL N. SRA. DA GLORIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: 1154615
SEXO..: MASCULINO
NUMERO:

CEP...: 49540-000
TEL...: 79-99635.1

INVESTPREV

TRAUMA: NAO

09 ABR 2019

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente em evolução de Febre e dor de estômago -
 avaliado de Neurologia -
 vítima de corte na mão.
 com suspeita de fratura de vértebra cervical.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Alta. Neurol

2- Alta geral

Dra. Argus Fernandes
 Radiologia Vascular
 4723-SE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

HUSE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E

REGISTRO: Cronica/Anamnese

DATA: 10/02/19

HORARIO: 44138

Unidade: _____

Ato

/NEURO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1856860 DATA: 10/02/2019 HORA: 00:43 USUARIO: WSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO
 IDADE.....: 46 ANOS NASC: 07/03/1972
 ENDERECO....: Povoado ARARI
 COMPLEMENTO...: 700103911119716 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA APARECIDA
 NOME PAI/MAE..: OZEIA BENTO DOS SANTOS /MARISA NEOSICE DOS SANTOS
 RESPONSAVEL...: MARIA IRAILDE-ESPOSA
 PROCEDENCIA...: HOSPITAL N. SRA. DA GLORIA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE...: 25ABR 2019 TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: 1154615
SEXO..: MASCULINO
NUMERO:

INVESTPREV

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente em evolução de Febre e dor de estômago -
 avaliado de Neurologia -
 vítima de cidente na opção 46
 com suspeita de fratura de vértebra cervical.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Ato. Neurol

2- Ato general

Dr. Argus Fernandes
 Angioplasty Vascular
 4723-SE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

HUSE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E

REGISTRO: Cronic/Avicida/pe

DATA: 10/02/19

HORARIO: 44138

Unidade _____

Ato

/NEURO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1856860 DATA: 10/02/2019 HORA: 00:43 USUARIO: WSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO BENTO DOS SANTOS SOBRINHO
 IDADE.....: 46 ANOS NASC: 07/03/1972
 ENDERECO....: Povoado ARARI
 COMPLEMENTO...: 700103911119716 BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP...: 49540-000
 NOME PAI/MAE..: OZEIA BENTO DOS SANTOS /MARISA NEOSICE DOS SANTOS
 RESPONSAVEL...: MARIA IRAILDE-ESPOSA TEL...: 79-99635.1
 PROCEDENCIA...: HOSPITAL N. SRA. DA GLORIA 692
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [] X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente em evolução de Febre e dor de cabeça -
 avaliado de Neurologia -
 Vítima de cidente na opção 46
 com suspeita de fratura de vértebra cervical.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1- Ato. Neurol
 2- Ato cerebral

Dr. Argus Fernandes
 Angioplasty Vascular
 4723-SE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

HUSE

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E

REGISTRO: Cronica/Anamnese

DATA: 10/02/19
44138

HORARIO: Unidade

INVESTPREV

12 JUN 2019