

NORMA ADMINISTRATIVA Nº 15

Editada em 12 de junho de 2024

Regulamenta os Documentos Sanitários de Origem no âmbito do CBMAM e dá outras providências.

O COMANDANTE GERAL DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO AMAZONAS, no uso de suas atribuições legais, estabelecidas no art. 5º, inciso I, e art. 6º da Lei Delegada Nº 89, de 18 de maio de 2007, que lhe confere o art. 16 e o art. 17 da Lei Delegada Nº 67, de 18 de maio de 2007, e;

CONSIDERANDO a Lei Estadual Nº 1154, de 09 de dezembro de 1975, que dispõe sobre o Estatuto dos Policiais Militares do Estado do Amazonas e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Estadual Nº 4044, de 09 de junho de 2014, que dispõe sobre a reestruturação da Carreira de Praças Militares do Estado do Amazonas e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Delegada Nº 89, de 18 de maio de 2007, que atribui as competências de executar, coordenar, fiscalizar e controlar as atividades de saúde, no âmbito do CBMAM, à Diretoria de Saúde;

CONSIDERANDO a Portaria Nº 001/EMG/CBMAM de 25 de janeiro de 2023, que Regulamenta a utilização e tramitação de atos administrativos no âmbito do CBMAM;

RESOLVE:

Aprovar a edição da presente Norma Administrativa.

Art. 1º A presente Norma Administrativa regulamenta os Documentos Sanitários de Origem no âmbito do CBMAM e dá outras providências.

Parágrafo único – Esta norma entra em vigor na data de sua publicação, restando revogadas todas as disposições em contrário.

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS****Seção I
Da Finalidade**

Art. 2º Esta Norma Administrativa (NA) têm por finalidade regulamentar o acidente em serviço, os documentos sanitários de origem e a verificação denexo causal no âmbito do CBMAM.

**Seção II
Da Aplicação**

Art. 3º As disposições desta NA aplicam-se, no que couber, a:

- I – bombeiro militar da ativa;
- II – militares da reserva quando convocados para o serviço ativo;
- III – servidor público ocupante de cargo efetivo no CBMAM;
- IV – aluno de Curso de Formação no CBMAM;
- V – inspecionado por determinação judicial;
- VI – demais casos previstos em legislação específica.

**Seção III
Das Generalidades**

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Art. 4º Acidente em serviço é todo evento físico, químico ou biológico, com data e ocorrência caracterizadas, causador de lesão física ou mental que se verifica em função de:

I – ato de serviço; e

II – no deslocamento entre a sua residência e a organização em que serve ou local de trabalho, ou naquele em que sua missão deva ter início ou prosseguimento, e vice-versa.

§1º Considera-se ato de serviço as ações durante a execução do serviço e decorrentes dela e as operações policiais militares e de bombeiros militares, dentro ou fora do Estado, nas regiões de fronteira, as instruções militares e as missões internacionais.

§ 2º São considerados acidentes de serviço os verificados no interior das OM, independente de ação das vítimas e em virtude de sinistros, tais como, incêndios, explosões, desabamentos, desmoronamentos etc.

§ 3º Não são considerados acidentes em serviço aqueles que forem resultado de crime, transgressão disciplinar, imprudência ou desídia do militar acidentado ou de subordinado seu, com sua aquiescência.

§ 4º As lesões sofridas pelos bombeiros militares durante as práticas desportivas não autorizadas ou fora do expediente de serviço, ainda que ocorridas no interior das OBMs, não serão levadas a efeito para caracterização como acidente em serviço.

Art. 5º Documentos Sanitários de Origem visam a comprovação de nexos causal entre uma determinada patologia da qual o inspecionado é portador e um acidente em serviço ou a própria atividade laboral.

Art. 6º São Documentos Sanitários de Origem (DSO):

I – Atestado de Origem (Anexo I);

II – Inquérito Sanitário de Origem (Anexo II);

III – Relatório de Nexos Causal *Post Mortem* (Anexo III).

CAPÍTULO II DO ATESTADO DE ORIGEM

Seção I Da Comunicação

Art. 7º Todo acidente de serviço terá que ser comunicado pelo acidentado, pelo imediato ou pelo militar mais antigo que tiver presenciado a ocorrência, por escrito, no prazo máximo de 03 (três) dias corridos, respeitada a cadeia de comando.

Art. 8º O Comandante, Chefe ou Diretor que receber a comunicação do acidente, existindo procedência, procederá à designação de militar responsável pela lavratura do Atestado de Origem, por intermédio de Portaria publicada em Boletim, em até 05 (cinco) dias corridos.

Parágrafo único. A designação do responsável pela lavratura do Atestado de Origem poderá recair em qualquer Oficial de carreira do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas.

Art. 9º O militar designado em Boletim, na forma do artigo anterior, procederá à lavratura do Termo de Abertura do Atestado de Origem, conforme o modelo do Anexo I, em até 03 (três) dias úteis.

Parágrafo único. O Termo de Abertura do Atestado de Origem deve ser lavrado no prazo máximo de até 15 (quinze) dias corridos contados a partir da data do acidente de serviço, nos termos da lei.

Seção II Da Lavratura

Art. 10 O Atestado de Origem é o documento administrativo-militar destinado apto a comprovar o nexos causal entre o acidente e o serviço ou operação militar, ou doença ocasionadora de invalidez definitiva.

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Art. 11 O Atestado de Origem será lavrado em 02 (duas) vias e, após seu preenchimento completo, terá o seguinte destino:

I – a primeira via será entregue ao interessado, mediante recibo;

II – a segunda via será arquivada na Ficha Médica do acidentado da Junta Médica Militar.

§1º Compete à Junta Médica Militar encaminhar via SIGED cópia digitalizada do Atestado de Origem à Diretoria de Recursos Humanos para que consignação em ficha funcional.

§2º Mediante requerimento do interessado ou a pedido de autoridade competente, cópia da segunda via pode substituir a entregue ao acidentado, em caso de extravio.

Art. 12 O Atestado de Origem se constitui em 05 (cinco) partes:

I – Termo de abertura – lavrado pelo encarregado no prazo estabelecido no art. 8º desta norma administrativa;

II – Prova testemunhal – assinada pessoalmente por 02 (duas) testemunhas, que deverão ter conhecimento da exatidão dos fatos presenciados, tais como local, data, hora, circunstâncias que cercaram o acidente e natureza do serviço que a vítima desempenhava no momento do acidente;

III – Prova técnica – juntada de todos os atendimentos médicos, laudos, exames e atestados emitidos em razão do acidente;

IV – Prova de autenticidade – reconhecimento, por parte do encarregado, da autenticidade das assinaturas constantes da prova testemunhal e dos documentos juntados na prova técnica;

V – Exame de controle de atestado de origem – perícia médica realizada por Junta Médica Militar.

§1º Na situação excepcional de inexistência de testemunhas ou de quantidade de testemunhas inferior ao exigido, deverá ser instaurada, obrigatoriamente, sindicância investigativa na forma do art. 18 desta norma.

§ 2º O preenchimento das partes do Atestado de Origem deve seguir o *script* do modelo do Anexo I.

Art. 13 O Exame de Controle de Atestado de Origem é a Inspeção de Saúde realizada por Junta Médica Militar que visa avaliar as condições físicas e/ou mentais do acidentado, comprovadamente, em ato de serviço, visando estabelecer ou afastar a relação de causa e efeito entre um ou mais diagnósticos constatados e o acidente ou, ainda, para comprovar que não há condições mórbidas a serem relacionadas com aquele acidente.

Art. 14 Ao final do Exame de Controle, o parecer da conclusão pericial deverá ser, obrigatoriamente, exarado conforme as opções:

I – há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições mórbidas atuais expressas pelos seguintes diagnósticos: citar os diagnósticos, com CID e nunca utilizar diagnóstico subjetivo (dor, náusea etc.);

II – não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições mórbidas atuais, expressas pelos seguintes diagnósticos: citar os diagnósticos, com CID e nunca utilizar diagnóstico subjetivo (dor, náusea etc.), quando houver diagnóstico, porém, sem relação com o acidente;

III – há vestígios anatômicos ou funcionais do acidente sofrido, quando não havendo diagnósticos, restou algum vestígio do acidente, devendo citá-lo; ou

IV – não há vestígios anatômicos ou funcionais do acidente sofrido, quando não restou nenhum vestígio do acidente.

Art. 15 O Exame de Controle de AO será realizado em até 20 (vinte) dias corridos após o preenchimento completo das 3 (três) primeiras partes do AO, e composto de:

I – identificação completa do militar;

II – observação clínica minuciosa com ênfase para os órgãos, aparelhos e sistemas corporais comprometidos no acidente, podendo conter transcrição de laudos especializados e de resultados de exames complementares, conforme o caso;

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

III – parecer que declare se as lesões ainda existem, mencionando quais são os seus diagnósticos com CID ou quais as sequelas evidenciadas indicando quais os seus diagnósticos com CID, e se têm ou não relação de causa e efeito com o acidente, na forma do art. 14.

§1º O acidentado deverá comparecer presencialmente na Sala de Perícias Médicas do CBMAM, acompanhado do militar encarregado pela lavratura do AO.

§ 2º Em casos excepcionalíssimos de impossibilidade de comparecimento presencial do acidentado poderá ser realizada a *teleconsulta*, a critério da Junta Médica Militar ou, ainda, o deslocamento da Junta Médica Militar até o acidente, por determinação do Diretor de Saúde.

§ 3º Caso nada seja verificado de anormal, nem sinais, lesões ou sequelas, por menores que sejam, tal fato será registrado e, como consequência, nenhuma relação de causa e efeito poderá ser feita, mesmo na presença de alegações do inspecionado.

Art. 16 Quando ocorrer o falecimento do acidentado antes da realização do exame de controle do AO, este exame será substituído pelo auto de exame cadavérico ou pelo laudo de necropsia.

Art. 17 Não cabe recurso desta inspeção, podendo ser instaurado um ISO, “de ofício” ou “a pedido”, mediante requerimento do interessado, caso haja irregularidade na inspeção, ou não tenha sido cumprido o prazo previsto no parágrafo único do art. 9º desta norma.

Seção III Da Sindicância

Art. 18 A critério da autoridade que recebeu o comunicado do acidente de serviço, será aberta sindicância ou inquérito policial militar, paralelamente ao trâmite do AO, com o objetivo de apurar os seguintes aspectos:

I – local, data e hora do acidente;

II – se houve crime, transgressão disciplinar, imprudência ou desídia do militar acidentado ou de subordinado seu, com sua aquiescência;

III – se foi no exercício de suas atribuições funcionais, durante o expediente normal, ou quando, prévia e formalmente, determinado por autoridade competente, em sua prorrogação ou antecipação;

IV – se foi no cumprimento de ordem emanada de autoridade militar competente;

V – se foi no decurso de viagem em objeto de serviço, prevista em regulamento ou, prévia e formalmente, autorizada por autoridade militar competente, em ordem de serviço ou boletim interno da OBM;

VI – se foi no decurso de viagem imposta por motivo de movimentação efetuada no interesse do serviço ou a pedido entre a origem e o destino;

VII – se foi no deslocamento entre a sua residência e a organização em que serve ou o local de trabalho, ou naquele em que sua missão deva ter início ou prosseguimento, e vice-versa, devendo ser observado, ainda, a relação entre tempo e espaço, o itinerário percorrido pelo militar entre sua residência e o local de trabalho e vice-versa e, em dias sem expediente, se o militar estava escalado de serviço, deverá ser verificado, ainda, o local declarado como residência, inclusive, para fim de vale-transporte, anexando documentação (quadro de trabalho semanal, escala de serviço e o itinerário previsto para o vale-transporte) comprobatória.

§ 1º Não é permitido ao sindicante pronunciar-se quanto aos diagnósticos e/ou relação de causa e efeito entre o acidente e o estado mórbido.

§ 2º Não é permitido ao sindicante inquirir os peritos da Junta Médica Militar objeto do AO como testemunha, salvo quando o oficial médico estiver presente no local do acidente e tiver presenciado o mesmo, não devendo neste momento se pronunciar quanto à relação de causa e efeito.

Art. 19 Após a conclusão da sindicância ou IPM, os autos deverão ser encaminhados à Diretoria de Saúde para que surtam seus efeitos, quais sejam:

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

I – arquivamento na Ficha Médica do acidentado da Junta Médica Militar, em caso de procedência do enquadramento do acidente de serviço;

II – anulação do AO que tenha sido lavrado, em caso de improcedência do enquadramento do acidente de serviço.

§ 1º Os efeitos surtidos no âmbito da Diretoria de Saúde, por ocasião da conclusão da sindicância ou IPM, não eximem os militares envolvidos de sua responsabilização administrativa, disciplinar, cível ou criminal, se houver.

§ 2º Nos casos em que houver indícios de transgressão disciplinar ou crime militar, os autos deverão ser remetidos, em seguida, à Seção de Justiça e Disciplina.

CAPÍTULO III DO INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM

Seção I Das Generalidades

Art. 20 O Inquérito Sanitário de Origem (ISO) é o processo administrativo que visa comprovar o nexos causal entre o acidente e o serviço ou operação militar, ou doença ocasionadora de invalidez definitiva, em caso de:

I – doença aguda ou crônica que tenha sido contraída em ato de serviço;

II – acidente em serviço, caso não tenha sido lavrado AO;

III – doença endêmica e epidêmica.

Art. 21 A instauração do ISO poderá ocorrer:

I – a pedido, mediante requerimento do interessado e aprovação da Diretoria de Saúde;

II – por indicação da Junta Médica Militar e aprovação da Diretoria de Saúde;

III – de ofício, por determinação do Comandante Geral, do Subcomandante Geral, do Chefe do Estado-Maior Geral, do Diretor de Recursos Humanos ou do Diretor de Saúde.

Art. 22 São documentos básicos, essenciais e obrigatórios para a instauração do ISO:

I – requerimento do interessado ou determinação da autoridade competente;

II – cópia da parte que comunicou o acidente em serviço, quando for o caso;

III – cópia da parte que comunicou o ato de serviço do qual alegadamente depende ou resulta a doença ou lesão que motivou a incapacidade, se for o caso;

IV – cópia da sindicância, quando houver;

V – cópia da publicação em Boletim do resultado de Inspeção de Saúde em que houver sido declarada a incapacidade física temporária ou definitiva, quando houver;

VI – cópia da documentação médica referente aos atendimentos ambulatoriais e baixas hospitalares relacionados com a doença ou lesão alegada à época do ocorrido.

Seção II Dos Procedimentos

Art. 23 O processo só será encaminhado para aprovação da Diretoria de Saúde caso atenda todos os quesitos do artigo 22 desta norma. Caso não estejam presentes todos os documentos necessários, o processo será devolvido para que a Seção, Setor ou OBM do interessado realize a adequação devida.

Art. 24 O ISO será iniciado após a entrega do processo ao oficial encarregado, de escolha e designação da Diretoria de Saúde, publicada em Boletim Geral.

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Parágrafo único. A designação do encarregado poderá recair em qualquer Oficial de carreira do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas.

Art. 25 O ISO deverá ser concluído em até 60 (sessenta) dias corridos, a contar da data de entrega do processo ao encarregado do inquérito.

§ 1º Quando o inquérito não puder ser concluído no prazo estipulado, o encarregado deverá solicitar prorrogação à autoridade que o designou, a qual poderá concedê-la pelo prazo máximo de 60 (sessenta) dias, mediante publicação em Boletim Geral.

§ 2º Deverá ser observado o prazo de 1 (um) ano, relativo à prescrição de qualquer direito à reclamação administrativa, conforme o previsto no art. 6º do Decreto nº 20.910, de 1932, contado da data do ato ou fato do qual se originar.

§ 3º Prescrito o prazo, a autoridade demandada deverá determinar o arquivamento do requerimento do interessado por falta de amparo legal.

Art. 26 O ISO deverá seguir as formalidades previstas no modelo do Anexo II da presente norma administrativa, observando as orientações a seguir:

I – Em suas declarações, o requerente deverá informar em que estabelecimento hospitalar esteve em tratamento da doença que motivou a incapacidade, declarando a época e o médico que o assistiu;

II – As testemunhas indicadas pelo interessado, ou outras julgadas necessárias pelo encarregado do inquérito, serão arroladas e prestarão depoimento diretamente;

III – Quaisquer documentos ou informações julgadas necessárias à elucidação de doença, lesão e/ou condição incapacitante poderão ser solicitados pelo encarregado à autoridade competente, por meio de ofício e anexados ao ISO;

IV – A todos os ISO serão apensos os documentos apresentados pelos requerentes, que se refiram ao ato de serviço alegado como tendo originado as causas de incapacidade física temporária ou definitiva, assim como todos os que forem solicitados pelo encarregado para fins elucidativo;

V – O encarregado do ISO deve esclarecer as circunstâncias do ato em serviço que, supostamente, causou a incapacidade, bem como a influência que tenham exercido as obrigações e deveres militares cumpridos, na origem da enfermidade que motivou a incapacidade;

VI – O relatório constará de um resumo de tudo o que foi apurado e da apresentação da junta técnica concernente à enfermidade;

VII – A conclusão final constará do parecer do encarregado, no qual declara se há (ou não) indícios de que a enfermidade cujos documentos estão apensos aos autos tenha sido adquirida em consequência do ato de serviço e/ou acidente apurado.

§ 1º Nos casos em que não houver indícios, o encarregado deverá fundamentar sua conclusão e opinar pelo arquivamento do processo, encaminhando-o à Diretoria de Saúde para homologação de parecer.

§ 2º Em casos de acidente de serviço, o encarregado deverá apurar a existência ou não de acidente em serviço.

§ 3º Na impossibilidade de oitivas de testemunhas, ou se julgá-las desnecessárias, o encarregado deverá declarar no item “informações das testemunhas” as devidas razões.

Art. 27 Concluído o inquérito, o encarregado o encaminhará à Diretoria de Saúde para convocação do inspecionado à Junta Médica Militar.

Parágrafo único. Em casos excepcionalíssimos de impossibilidade de comparecimento presencial do inspecionado poderá ser realizada a *teleconsulta*, a critério da JMM ou, ainda, o deslocamento da JMM até o inspecionado, por determinação do Diretor de Saúde.

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Seção III

Do Parecer Técnico de Inquérito Sanitário de Origem

Art. 28 O Parecer Técnico de Inquérito Sanitário de Origem é a perícia médica realizada por Junta Médica Militar, pela qual se exaram as seguintes formas de conclusão pericial:

I – há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido no (data, dia mês e ano) e a(s) condição(ões) mórbida(s) atual(is) expressas pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s): citar o(s) diagnóstico(s) descritos pelo encarregado do ISO, seguido(s) do(s) código(s) alfanumérico(s);

II – não há relação de causa e efeito entre o acidente sofrido no (data, dia mês e ano) e a(s) condição(ões) mórbida(s) atual(is) expressas pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s): citar o(s) diagnóstico(s) descritos pelo encarregado do ISO, seguido(s) do(s) códigos(s) alfanumérico(s);

III – há relação de causa e efeito entre as condições inerentes ao serviço e o estado mórbido atual expresso pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s): citar o(s) diagnóstico(s) descritos pelo encarregado do ISO, seguido(s) do(s) código(s) alfanumérico(s); ou

IV – não há relação de causa e efeito entre as condições inerentes ao serviço e o estado mórbido atual expresso pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s): citar o(s) diagnóstico(s) descritos pelo encarregado do ISO, seguido(s) do(s) códigos(s) alfanumérico(s).

Art. 29 Após a conclusão, o ISO será remetido à Diretoria de Recursos Humanos, onde ficará em arquivo permanente, sendo transcrito nas alterações do militar, quando se encontrar no serviço ativo.

§ 1º A Junta Médica Militar deverá encaminhar via SIGED cópia digitalizada do ISO junto à minuta para publicação em Boletim Geral à Diretoria de Saúde.

§ 2º A Diretoria de Recursos Humanos deverá entregar cópia do ISO ao interessado, mediante recibo.

Art. 30 Não cabe recurso do ISO, uma vez que durante o processo inquisitório já foi disponibilizada ao interessado a oportunidade de apresentar contestação, comprovação, ampla defesa e contraditório.

Seção IV

Da Doença Endêmica e Epidêmica

Art. 31 Por doença endêmica ou epidêmica, entende-se como aquela que for adquirida em zona onde comprovadamente tenha existido a doença invocada de modo endêmico ou epidêmico, contraída em ato de serviço, desde que inexistam por parte do acidentado, ação ou omissão voluntária para violar direito.

Parágrafo único. Considera-se ainda como adquirida em ato de serviço, a doença endêmica ou epidêmica ocorrida no próprio quartel em que o paciente serve ou servia, cujo foco original da doença ou a fonte de infecção encontrava-se naquele órgão da Corporação, desde que regularmente comprovada por órgão sanitário competente.

Art. 32 Quando uma doença endêmica ou epidêmica for alegada como adquirida em ato de serviço e causadora de incapacidade física temporária ou definitiva, torna-se necessário, para a abertura do ISO, que, ao requerimento do interessado, seja anexado um atestado, passado por autoridade sanitária que comprove o estado endêmico ou epidêmico da doença alegada, e sua ocorrência na época e na localidade em que servia o requerente.

Art. 33 Em todos os casos de ISO por doença endêmica ou epidêmica, além das providências na seção II do capítulo III desta norma, o Encarregado deverá pesquisar:

I – o tempo de duração do ato de serviço realizado na zona endêmica ou epidêmica;

II – data de início da doença; e

III – se, durante a fase aguda da doença, houve alguma associação mórbida ou complicação da enfermidade.

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

CAPÍTULO IV DA VERIFICAÇÃO DO NEXO CAUSAL POST MORTEM

Seção I Das Generalidades

Art. 34 É a perícia médica documental *post mortem* solicitada pela administração que visa determinar se há relação de causa e efeito entre o acidente em serviço ou doença adquirida em ato de serviço e a causa mortis, nos termos dos §§ 13 e 14 do art. 113 da Constituição do Estado do Amazonas.

Seção II Dos Procedimentos

Art. 35 Esta perícia será realizada por Junta Médica Militar, no âmbito do CBMAM, que emitirá parecer conclusivo correspondente às seguintes formas de conclusão pericial:

I – para os casos de doença aguda ou crônica que possam ter relação de causa e efeito:

- a. há relação de causa e efeito entre a doença adquirida em ato de serviço e a causa mortis; ou
- b. não há relação de causa e efeito entre a doença adquirida em ato de serviço e a causa mortis.

II – para os casos de acidente em serviço que possam ter relação de causa e efeito:

- a. há relação de causa e efeito entre acidente em ato de serviço e a causa mortis; ou
- b. não há relação de causa e efeito entre acidente em ato de serviço e a causa mortis.

Art. 36 Quanto aos padrões e critérios, esta perícia documental emitirá o relatório constante do Anexo III desta norma administrativa, lançando no campo “observações” o enquadramento da condição que produziu incapacidade do ex-militar:

I – ferimento recebido em campanha ou manutenção da ordem pública;

II – enfermidade contraída ou decorrente de campanha ou manutenção da ordem pública;

III – acidente em serviço;

IV – doença, moléstia ou enfermidade adquirida em tempos de paz, com relação de causa e efeito inerentes ao serviço;

V – tuberculose ativa, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, lepra, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, mal de Parkinson, esclerose múltipla, pênfigo, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) e outras moléstias que a lei indicar com base nas conclusões da medicina especializada;

VI – acidente ou doença, moléstia ou enfermidade, sem relação de causa e efeito com o serviço.

Art. 37 Nas verificações *post mortem* de ex-militares da ativa, a JIS não poderá ater-se somente à causa mortis registrada na certidão de óbito para constatar a existência de doença invalidante e/ou especificada em lei ou acidente em serviço. Outrossim, deverá analisar toda a documentação médica disponível, atual e pregressa, que poderá constar de: prontuário médico, laudo de necropsia, boletim de atendimento de emergência, laudos anatomopatológicos, laudos médicos e exames complementares.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38 Deverá ser observado o prazo de prescrição de qualquer direito à reclamação administrativa, conforme normas em vigor.

Art. 39 Quando ocorrer o falecimento do acidentado antes da realização ou conclusão da Inspeção de Saúde do AO ou do ISO, o processo será substituído pela Verificação do Nexo Causal *Post Mortem*, anexando-se a este processo os documentos e provas já produzidos nos procedimentos anteriores.

Art. 40 Todo DSO será objeto de inspeção de saúde por Junta Médica no âmbito do CBMAM.

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Art. 41 Em todos os processos em que for solicitado amparo do Estado, sob qualquer forma, por motivo de incapacidade física temporária ou definitiva, com ou sem invalidez, resultante de acidente em serviço ou doença adquirida em ato de serviço, deverá ser feita a anexação da segunda via ou cópia autêntica do DSO, o qual se constitui em peça fundamental como elemento de prova.

Art. 42 Os casos omissos serão resolvidos pelo Comandante-Geral da Corporação, que poderá, subsidiariamente, valer-se de posicionamento jurídico ou técnico-pericial pertinente, a seu critério.

Art. 43 Os modelos para todos os documentos relacionados aos procedimentos desta norma administrativa estão relacionados nos anexos, enquanto os arquivos editáveis encontram-se disponíveis da Diretoria de Saúde.

Elaborado por:	Validado por:
<p>JEAN CLISLEY FEITOSA E SILVA – TC QOBM Diretor da DS</p>	<p>CEL QOBM ALAN BARREIROS DE ANDRADE Chefe do Estado-Maior Geral</p>
<p>Aprovado por:</p>	
<p>CEL QOBM ALEXANDRE GAMA DE FREITAS Comandante-Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas</p>	

ANEXO I ATESTADO DE ORIGEM (AO)

1. TERMO DE ABERTURA

<p>ACIDENTADO Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade</p>
<p>1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,</p>
<p>DATA DA OCORRÊNCIA Inserir hora/dia/mês e anos</p>
<p>15:55H DE 30 DE MAIO DE 2024</p>
<p>PORTARIA Informar o número da portaria e sua publicação em boletim</p>
<p>PORTARIA Nº XX/XXXX, DE XX DE XX DE XX, PUBLICADA NO BOLETIM Nº XX/XX</p>
<p>Aos XX de XX de XXXX, nesta cidade de Manaus/AM, na sala da 3ª Seção do Estado Maior Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas, procedo à ABERTURA deste ATESTADO DE ORIGEM, do que, para constar, lavro o presente termo.</p>

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

ENCARREGADO

Posto/Graduação/Nome Completo, Identidade e Função

JOÃO XXXXX XXXXXXXXXXXX, CIVIL, CPF XXXXX

(assinatura)

ATESTADO DE ORIGEM (AO)

2. PROVA TESTEMUNHAL

Nós, abaixo assinados, atestamos que o militar:

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

1º TEN XXXXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas, sofreu **ACIDENTE DE SERVIÇO** às:

Inserir hora/dia/mês e ano

15:55H DE 30 DE MAIO DE 2024

e que o acidente ocorreu como o descrito a seguir:

relatar as circunstâncias do acidente e a natureza do serviço que era realizado

XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX
XXXXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO AMAZONAS, EM MANAUS-AM, XX /XX/XXXX.

1ª TESTEMUNHA

Posto/Graduação/Nome Completo, Identidade e Função

JOÃO XXXXX XXXXXXXXXXXX, CIVIL, CPF XXXXX

(assinatura)

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

2ª TESTEMUNHA

Posto/Graduação/Nome Completo, Identidade e Função

SGT QPBM MARIA XXXXX, RG XXX, SARGENTEANTE

(assinatura)

ATESTADO DE ORIGEM (AO)

3. PROVA TÉCNICA

Aos **xx**/dias do mês de **xxxx** do ano de dois mil e **xxxxxxxx**, em atendimento às normas reguladoras dos Documentos Sanitários de Origem, juntei aos autos deste AO os documentos a seguir discriminados que passam a constituir a prova técnica:

- I – Atestado Médico
- II – Laudo Médico
- III – Prontuário de Internação
- IV – Tomografia Computadorizada

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO AMAZONAS, EM MANAUS-AM, **XX /XX/XXXX**.

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

(assinatura)

ATESTADO DE ORIGEM (AO)

4. PROVA DE AUTENTICIDADE

O abaixo assinado,

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

FULANO DE TAL ENCARREGADO, RG XXX, do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas, reconhece como autênticos os documentos juntados na PROVA TÉCNICA e verdadeiras as firmas das testemunhas que assinaram a PROVA TESTEMUNHAL.

Posto/Graduação/Nome Completo de cada testemunha 1

XXXXX

Posto/Graduação/Nome Completo de cada testemunha 2

XXXXXX

Posto e Nome Completo do médico constante na prova técnica

Médico Dr xxxxxx

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Descrição do acidente com exatidão, indicando a natureza do serviço que a vítima se incumbia no momento do acidente e fatos constantes da prova testemunhal.

RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO COMPLETO DETALHADO RELATORIO COMPLETO
 DETALHADO RELATORIO

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO AMAZONAS, EM MANAUS-AM, XX /XX/XXXX.

Nome completo – Posto Comandante, Chefe ou Diretor

ENCARREGADO SGT QPBM MARIA XXXXX, RG XXX, SARGENTEANTE

(assinatura)

EXAME DE CONTROLE DO ATESTADO DE ORIGEM (AO)

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS COMPLEMENTARES		
Posto/Graduação	Nome do Acidentado:	
ECRERE	kvoeinviwneivnaowinvoeinwi	
Identidade:	Data de Nascimento	Naturalidade
BERBERBY	BEYBEYB	BRBTEY
Organização Militar:	CPF:	
BREBETYBT	BTYBTYBB	
2. OBSERVAÇÃO CLÍNICA		
TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB		
TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB		
TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB TYBETYB		
3. DIAGNÓSTICO		
BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR		
BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR		
4. PARECER		
No exame a que procedeu, conforme a observação clínica acima, declaramos que:		
Há (ou não há) relação de causa e efeito entre o acidente sofrido e as condições		
mórbidas atuais expressa pelo(s) seguinte(s) diagnóstico(s):		
DESCREVER O DIAGNOSTICO COM CID		
BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR		
BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR BTYBETBTEYR		

Sala de Perícias Médicas do CBMAM, Manaus-AM, xx de xx de xxxx.

Médico Perito – Posto, Identidade e CRM

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

**VOINAREIONVIANORNIAOIERNVNAOINSROIVNIOERAOAVNIOIERNIOVN
AEIORNVIONEIORNVNONAEIOINIOEANARINVOAEROIVNOIRNOIVNEOIRN
OIVNONROINERIONVIONRIOVNOIERNOIVNORINIO**

(assinatura)

Médico Perito – Posto, Identidade e CRM

**VOINAREIONVIANORNIAOIERNVNAOINSROIVNIOERAOAVNIOIERNIOVN
AEIORNVIONEIORNVNONAEIOINIOEANARINVOAEROIVNOIRNOIVNEOIRN
OIVNONROINERIONVIONRIOVNOIERNOIVNORINIO**

(assinatura)

Médico Perito – Posto, Identidade e CRM

**VOINAREIONVIANORNIAOIERNVNAOINSROIVNIOERAOAVNIOIERNIOVN
AEIORNVIONEIORNVNONAEIOINIOEANARINVOAEROIVNOIRNOIVNEOIRN
OIVNONROINERIONVIONRIOVNOIERNOIVNORINIO**

(assinatura)

**ANEXO II
INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)**

1. IDENTIFICAÇÃO

Paciente/Posto/Graduação	ACIDENTADO FULANO DE TAL ST QPBM
Nome social	Organização Militar BBE
Encarregado – Posto, Identidade, Nome completo	ENCARREGADO FULANO DE TAL – 1º TEN MED. QCOBM
Organização Militar	DS QCG

2. PREÂMBULO

Aos **xxxxx** dias do mês de **xxxxx** de **xxxx**, na cidade de Manaus, Estado do Amazonas, no Quartel do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas, presente

Posto, nome completo, identidade	ENCARREGADO FULANO DE TAL – 1º TEN MED. QCOBM
----------------------------------	--

Encarregado deste Inquérito Sanitário de Origem, de acordo com a designação constante no Boletim n.º. **xxxx** de **xxxx** de **xxxx** do Corpo de Bombeiros Militar do

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Amazonas, dou início ao presente inquérito, em posse dos seguintes documentos que me foram entregues no dia xx de xxxxx de xxxx

- I – Atestado Médico
- II – Laudo Médico
- III – Prontuário de Internação
- IV – Tomografia Computadorizada

(assinatura)

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)

3. DECLARAÇÕES ELUCIDATIVAS DO PACIENTE

Aos xxxxxxxxxxx dias do mês de xxxxxxxx de xxxx compareceu o paciente

Posto/Graduação/Nome completo/Identidade
iwrnvervoainei

do Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas (OBM), com xxxxx anos de idade, filho de

Nome do pai	iwrnvervoainei
Nome da mãe	iwrnvervoainei
Estado civil	iwrnvervoainei
Natural de – cidade e estado por extenso	iwrnvervoainei

a fim de prestar esclarecimentos que possam elucidar o presente inquérito, faz as seguintes declarações ao encarregado.

<u>Perguntado</u> em qual estabelecimento hospitalar esteve em tratamento da doença que motivou a incapacidade, qual época e o médico assistente, <u>declarou que:</u> RESPOSTA <u>Perguntado</u> XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX:

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA

Perguntado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX:

RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA

Perguntado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX:

RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA

Perguntado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX:

RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA
 RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA RESPOSTA

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade
 1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

(assinatura do declarante)

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade
 1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

(assinatura do encarregado)

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)

4. INFORMAÇÕES DAS TESTEMUNHAS

Eu,

Posto/Graduação/Nome completo/Identidade
iwrnvervoainei

como testemunha dos fatos citados pelo paciente, declaro o seguinte:

Declaração
iwrnvervoainei
Perguntado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Respondeu que
iwrnvervoainei
Perguntado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Respondeu que
iwrnvervoainei
Perguntado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Respondeu que
iwrnvervoainei
Perguntado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Respondeu que
iwrnvervoainei
Perguntado xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
Respondeu que
iwrnvervoainei

Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas em Manaus-AM, xxxxxxxx de xxxxxx de xxxxxxx

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade
1º TEN xxxxxxxxxxx xxxxxx xxxxxxxx – RG xxxxx,

(assinatura da testemunha)

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

(assinatura do encarregado)

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)

TERMO DE JUNTADA

Aos (dias por extenso) dias do (mês por extenso) de (ano por extenso), para XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, juntei, aos presentes autos, os seguintes documentos:

Descrição de tudo que foi juntado

A QUALQUER TEMPO EM QUALQUER DAS FASES ANTERIORES AO RELATÓRIO, SEMPRE QUE NECESSÁRIO O ENCARREGADO PROCEDERÁ À JUNTADA DE DOCUMENTOS, SEJAM SOBRE OS FATOS, CIRCUNSTÂNCIAS DA OCORRÊNCIA OU DOCUMENTAÇÃO NOSOLÓGICA E RELATA NESSE ESPAÇO OS DOCUMENTOS QUE FORAM JUNTADOS.

E, para constar, lavrei o presente termo, que subscrevo.

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

(assinatura do encarregado)

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)

5. RELATÓRIO

Aos (dias por extenso) dias do (mês por extenso) de (ano por extenso), após concluídas as inquirições, pesquisas, diligências, exames e outras providências necessárias para avaliar quanto às circunstâncias que produziram as condições mórbidas incapacitantes, assim como a influência das obrigações militares cumpridas na origem da doença, passo a relatar de modo sucinto o que foi apurado:

Descrição de tudo que foi apurado

Iwrnvervoaineipo4tpqjiooeimergowneognopwimrngoqfinxmqinoiqenrfoiqxnionfoiqwnfoiqnionfi oqniofnaioernoiariniovnioanionioawnovnaioenvionoawnioaniorvnioaeiovnaioenrofinaiorvnoiaeiervnoiaerv oianeiornioaenvioenaoirnovanrovnaeoirnoivanrosvnaoeirnoivanreonvaoiernoiervaneorsnvoiaenrvoinare

Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas em Manaus-AM, xxxxxxx de xxxxx de xxxxxx

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

(assinatura do encarregado)

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)

6. CONCLUSÕES FINAIS

Do exposto, verifica-se que (não há) há indícios de que:

Posto/Graduação/Nome completo/Identidade

iwrnvervoainei

contraiu, em xxxx dia de xxxxx mês e xxxxx ano, quando servia no **Corpo de Bombeiros do Estado do Amazonas (ou outra OBM)**,

Doença ou lesão inicial que motivou a incapacidade à época, conforme juntada técnica

iwrnvervoainei

que foi (ou não foi) supostamente adquirida em consequência de **ato de serviço ou acidente em serviço**, conforme ficou apurado neste inquérito como consta do relatório

Se necessário, especificar que a doença ou lesão foi tratada e que não resta mais incapacidade atual

iwrnvervoainei

Resumindo, concluo que **há ou não há indícios de relação de causa e efeito entre (a doença ou lesão ou sequela responsável pela incapacidade atual) e o fato de serviço ou acidente em serviço.**

Corpo de Bombeiros Militar do Amazonas em Manaus-AM, xxxxxxxx de xxxxx de xxxxxx

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade

1º TEN XXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

(assinatura do encarregado)

INQUÉRITO SANITÁRIO DE ORIGEM (ISO)

7. DESPACHO

Despacho da autoridade competente

iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei
iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei
iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei
iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei
iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei	iwrnvervoainei

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

Médico Perito – Posto, Identidade e CRM

VOINAREIONVIANORNIAOIERNVNAOINSROIVNIOERAOAVNIOIERNIOVN
AEIORNVIONEIORNVNONAEIOINIOEANARINVOAEROIVNOIRNOIVNEOIRN
OIVNONROINERIONVIONRIOVNOIERNIOIVNORINIO

(assinatura)

Médico Perito – Posto, Identidade e CRM

VOINAREIONVIANORNIAOIERNVNAOINSROIVNIOERAOAVNIOIERNIOVN
AEIORNVIONEIORNVNONAEIOINIOEANARINVOAEROIVNOIRNOIVNEOIRN
OIVNONROINERIONVIONRIOVNOIERNIOIVNORINIO

(assinatura)

ANEXO III

VERIFICAÇÃO DE NEXO CAUSAL *POST MORTEM* (NCPM)

1. CABEÇALHO

Posto/Graduação/Nome Completo e Identidade Do *De Cujus*

1º TEN XXXXXXXXX XXXXX XXXXXXXX – RG XXXX,

Data De Nascimento / Naturalidade

XX/XX/XX – NATURAL DE CIDADE DE DEUS/ES

DADOS COMPLEMENTARES

OBM / Encaminhamento

PGGM/DS – ENCAMINHADO PELO SIGED XX /XXX

2. PARTE EXPOSITIVA

Analisando a documentação nosológica,

PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA
PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA
PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA
PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA PERICIA

3. CONCLUSÃO

Do exposto, a Junta Médica faz as seguintes observações:

A) DATA DE ÓBITO:

B) CAUSA MORTIS:

C) MÉDICO ATESTANTE:

“Vidas alheias e riquezas salvar”.

