



Formulário concluído.

### 26 **NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES NO MUNICÍPIO EM DECORRÊNCIA DA COVID**

Nome do Estabelecimento de Saúde	N° CNES Inserir N°	Quantidade de óbitos de residentes no município em decorrência da Covid											
		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
HOSPITAL DE CAMPANHA COVID 19 DE FEIRA NOVA	111813	0	1	5	5	4	8	3	2	1	0	0	1

Documento Assinado Digitalmente por DANILSON CANDIDO GONZAGA, DARLENE CANDIDO GONZAGA DE LEMOS  
 Acesse em: [https://etec.tce.pe.gov.br/validarDoc?seam\\_codigo\\_documento:f5a19b7b-41ec-44c6-a749-ee114157e81b](https://etec.tce.pe.gov.br/validarDoc?seam_codigo_documento:f5a19b7b-41ec-44c6-a749-ee114157e81b)