

Orientação para envio de corpo ao SVO

Estabelecimentos de saúde ou hospitais de Marília e municípios atendidos

Ao solicitar o exame de Necropsia para o SVO - Serviço de Verificação de Óbito - Marília: Verificar a causa básica da morte:

1. Morte Natural: Sem assistência médica ou com assistência médica sem causa determinada, quando não existe nenhum exame, tratamento ou histórico que possa justificar o óbito;
2. Morte com suspeita de doença de Notificação Compulsória.

OBS.: Mortes violentas/suspeitas; Acidente de trabalho; Causa externa; Investigação por lei, pelo I.M.L. - Instituto Médico Legal.

Documentos que devem ser encaminhados junto com o corpo ao SVO:

1. DEAN - Declaração de Entendimento e Autorização de Necropsia; documento assinado por familiar de 1º grau que autoriza o procedimento de necropsia;
2. GEC – Guia de Encaminhamento de cadáver: devidamente preenchida;
3. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação – quando suspeita de Doença de Notificação Compulsória;
4. Cópia dos documentos do falecido: RG, certidão de nascimento/casamento e comprovante de residência;
5. Cópia do RG do familiar que autorizou o procedimento;
6. Cópia da ficha de atendimento ou Prontuário do paciente da Unidade de Saúde de origem ou relatório médico.

Com todos os documentos preenchidos e cópias dos documentos será realizada a abertura da Ficha de atendimento na recepção do Pronto Socorro – HCI, para registro e entrada do corpo e avaliação para autorização dos procedimentos solicitados.

Ressaltamos que com todos documentos preenchidos e DEAN assinada, NÃO há necessidade do familiar vir ao SVO-Marília.

Contatos: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília – HCFAMEMA Telefone: (14) 3434-2525	
Serviço Social – Ramal: 1071	Zeladoria Recebimento do Corpo-Ramal: 1040
Serviço de Verificação de Óbito – Ramal: 1226	Email do serviço: svo@hc.famema.br

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA

Declaração de Entendimento e Autorização de Necropsia (DEAN)
Serviço de Verificação de Óbito (SVO):

1. Fui informado e Declaro que: _____
2. Tive a oportunidade de esclarecer todas minhas dúvidas sobre o procedimento, que não há custos para a realização do exame, a Declaração de Óbito será fornecida gratuitamente conforme a lei e após o exame, deverei procurar o Cartório de Registro Civil para providenciar a **Certidão de Óbito**;
3. Se houver exames complementares, posso solicitá-los e que os dados clínicos referentes ao procedimento não serão disponibilizados sem minha permissão. Concordo que Órgãos Oficiais de Saúde e Educação Médica podem consultá-los respeitando o sigilo;
4. O início e duração do procedimento de necropsia nos casos de morte natural. Segue-se orientação do Código Processo Penal – Lei 3.689/41, que versa sobre necropsias. O artº 162 orienta que a necropsia seja realizada no mínimo 6 horas após o óbito (constatação), salvo se os peritos julgarem que possa ser feita antes desse prazo. O tempo médio do procedimento necropsia é 04 horas, podendo ser prolongado a critério do médico;
5. Declaro e me responsabilizo que todos os dados informados/Xerox de documentos condizem com a verdade.
6. Após ser informado sobre o procedimento e seus devidos fins, entendi e autorizo a necropsia:

Marília – São Paulo, (____ h ____ min) ____ de _____ de _____.

***NOME FALECIDO:**

Nome Autorizante (Familiar de 1º grau):

Parentesco:

***RG:**

Celular ()

Residencial ()

ANAMNESE com familiares: Paciente queixava-se dores/sintomas nos dias anteriores?

Doenças Prévias, Contagiosas e Cirurgias Prévias: () Diabetes Mellitus () Hipertensão, outras:

Fumava? () NÃO () SIM: () pouco () moderado () muito

Fazia uso de bebidas alcoólicas? () NÃO () SIM: () pouco () moderado () muito

Fazia uso de drogas ilícitas? () NÃO () SIM: () pouco () moderado () muito

Naturalidade:

Situação Conjugal:

Raça / Cor:

Profissão:

Escolaridade:

Endereço:

Nº

Bairro:

Cidade:

Entrevistador:

Assinatura do autorizante:

GUIA ENCAMINHAMENTO CADÁVER (GEC) – HCFAMEMA Marília SVO

() Esclarecimento Diagnóstico () Interesse Epidemiológico Not. Compulsória enviar SINAN/GAL

2. Data do óbito <small>←preenchimento obrigatório→</small>		3. Hora Constatada		4. Naturalidade: Cidade/Estado	
5. HC prontuário nº		5.1. NOME			
6. Nome do Pai			7. Nome da Mãe		
8. Data do Nascimento		9. Idade		10. Sexo	
		< 1 ano: Meses Dia Hora Minutos Ignorado		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	
11. Raça/Cor		12. Situação Conjugal		13. Escolaridade: Fundamental (I,II) e Médio colocar a Série	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado Judic/Divorc <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (2º grau) 1,2,3 Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1 a 4) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II (5a 8) <input type="checkbox"/> Superior Completo	
14. Profissão:					
15. Residência			Número	Complemento	16. CEP
17. Bairro/Distrito		18. Município de residência		19. UF	
20. Local de ocorrência do óbito			21. Estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros Ignorado <input type="checkbox"/> Outros estab saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/>					
22. Endereço da ocorrência			Número	Complemento	23. CEP
24. Bairro/Distrito		25. Município de ocorrência		26. UF	

Informações sobre a mãe. Preenchimento Exclusivo/OBRIGATÓRIO para ÓBITOS FETAIS e menores de 1 ano.

27. Idade		28. Escolaridade		29. Ocupação habitual, profissão da mãe:	
		<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (2º grau) Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1 a 4) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental II (5a 8) <input type="checkbox"/> Superior Completo			
30. Número de filhos tidos		31. Semana	32. Tipo gravidez	33. Tipo de Parto	
Nasc. Vivos Perda Fetal		Gestação	<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e + <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado				34. Morte em Relação ao Parto	
				<input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
				35. Peso ao nascer	
				36. Nº Declaração nascido vivo	
				G	
37. A morte ocorreu			ASSISTÊNCIA MÉDICA		
<input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 a 1 ano após gestação Ignorado <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 após gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos			38. Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?		
			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		

OBSERVAÇÕES CLÍNICA e HIPÓTESE DIAGNÓSTICA. Enviar xerox apenas da Ficha Atendimento.

Médico e/ou responsável pelo encaminhamento:		CRM	Telefone/contato	Carimbo e ass.
--	--	-----	------------------	----------------

Declaro que estou ciente e me responsabilizo pelo preenchimento correto e legível de todos os dados aqui solicitados.