



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SVO - SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Rua Aziz Atallah s/ nº - Bairro Fragata – Marília/SP - CEP: 17.519-101 Fone: (14) 3402-1744 Ramal: 1226

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA SER ENTREGUE À FAMÍLIA - SVO nº: _____

O SVO - Serviço de Verificação de Óbito da Faculdade de Medicina de Marília tem como finalidade executar necropsias nos casos de morte natural que ocorrerem sem assistência médica ou nos casos em que o médico que prestava assistência não teve condições de firmar um diagnóstico da causa da morte.

A Necropsia é um ato médico que realiza o exame de cada um dos principais órgãos do corpo e tem os seguintes objetivos:

- Esclarecer a causa da morte, sempre que possível, emitindo a competente Declaração de Óbito, documento legal que deverá ser levado ao Cartório de Registro Civil para registro e expedição da Certidão de Óbito;
- Identificar as demais doenças que eventualmente contribuíram para a morte;
- Auxiliar o conhecimento sobre as doenças, identificando os fatores que poderiam levar ao acometimento de outras pessoas, inclusive familiares do falecido;
- Reunir informações para contribuir com programas de saúde pública, ensino e pesquisa científica úteis para a prevenção de doenças na população em geral.

PERGUNTAS FREQUENTES

Quando realizar o exame de Necrópsia?

Sempre que for necessário estabelecer com precisão a causa básica da morte ou se tratar de morte por suspeita de doença de notificação compulsória, ou seja:

1. Na 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 Fetal com gestação maior que 20 semanas e/ou com peso maior que 500 g e/ou estatura maior 25 cm.
3. Morte Materna.

OBS.: MORTES VIOLENTAS/SUSPEITAS OU NÃO NATURAIS INVESTIGAÇÃO POR LEI, PELO I.M.L..

O que está envolvido neste exame?

O procedimento é realizado em duas etapas. Primeiramente o médico patologista examina todo o corpo - é o exame macroscópico, em seguida são colhidas, se necessário, pequenas amostras dos principais órgãos para exame microscópico, que serão analisadas detalhadamente no Laboratório de Patologia.

Qual o tempo de duração? Não há legislação que regulamente o tempo mínimo entre o óbito e a necrópsia nos casos de morte natural. Segue-se então a orientação do Código de Processo Penal (CPP) – L003.689-1941, que versa sobre necrópsias em IML. O artigo 162 orienta que a necrópsia seja realizada no mínimo seis horas após o óbito, salvo se os peritos, julgarem que possa ser feita antes desse prazo.

Serão feitas as adaptações requeridas para exames post-mortem de causas naturais. O tempo médio do procedimento de necrópsia é de três horas, podendo ser prolongado a critério do médico patologista responsável.

Quais são as consequências de não permitir o exame? Perde-se a oportunidade de elucidar e documentar de forma clara e precisa as causas da morte, dificultando inclusive o registro da Declaração de Óbito, além de implicações com companhias de seguro e implicações médico-legais no caso de aquisição de responsabilidade civil.

Quais os riscos deste exame? Não há riscos. Após o procedimento o velório e sepultamento poderá ser realizado normalmente. Também não há risco de que as informações se tornem públicas ou prejudiquem qualquer direito adquirido. Pelo contrário, os direitos serão inclusive fortalecidos na medida em que as informações são documentadas.

Quais são os benefícios deste exame?

As informações são importantes para saber se alguma outra pessoa da família foi ou pode ser afetada pela mesma doença. A Declaração de Óbito poderá ser emitida devidamente preenchida com informações de maior acurácia;



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SVO - SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
Rua Aziz Atallah s/ nº - Bairro Fragata – Marília/SP - CEP: 17.519-101 Fone: (14) 3402-1744 Ramal: 1226

O exame propicia aos médicos conhecer melhor sobre a doença e entender as melhores maneiras de tratá-la; As incidências dos resultados estatísticos contribuem com a criação de Políticas Públicas.

Existem outras opções?

Não, este é um exame final. Nenhum outro supre ou suprirá a falta da necrópsia.

Você poderá escolher não permitir procedimento. No entanto esta decisão é irreparável, nem mesmo uma exumação poderá fornecer as mesmas informações.

As novas informações trazidas pela Necrópsia são confidenciais?

As informações serão repassadas para o sistema de saúde de acordo com as normas legais que regem o segredo médico. Os dados da necrópsia e termo de consentimento ficarão com o médico patologista. O familiar responsável tem o direito de revisar os dados clínicos e os achados em qualquer época. Os prontuários com todos os dados clínicos são protegidos de acordo com as leis brasileiras. Em algumas situações, as informações obtidas neste estudo poderão ser usadas em relatórios, apresentações e publicações, mas o nome do paciente ou de seus familiares nunca será incluído.

Há custos para a realização do exame?

Não. A necrópsia é um procedimento sem custos para a família.

Todos os custos da internação hospitalar e outras despesas com laboratório, pagamento de profissionais, entre outros, não tem nenhuma relação com este exame de necrópsia.

Qual o destino das peças anatômicas que forem utilizadas para análise microscópica?

As peças anatômicas e biópsias (tecidos, membros e órgãos) que forem utilizadas para análise microscópica ou de outro método de estudo e que não tenham mais valor científico ou legal serão descartadas após três meses contados a partir da data de liberação do laudo de acordo com as normas da Agência Nacional de Saúde. Caso haja interesse da família em solicitar o bloco de parafina ou as lâminas do caso para exames complementares em outros serviços deve ser preenchido o **formulário de requisição no SVO**.

Peças anatômicas em bloco de parafina ou lâminas requisitadas pela família. Qual o procedimento?

Existe uma resolução da Agência Nacional de Saúde de 05/03/2003, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. O laboratório, obedecendo esta norma, fará o registro da retirada do material/peça que será entregue acondicionada especificamente de acordo com a resolução citada. É muito importante saber que é proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento da específica embalagem.

E no caso de doação de órgãos?

O Familiar responsável pela autorização deverá assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido quando da abordagem pelos técnicos do respectivo Banco de Órgãos.

Emissão da Certidão de Óbito

Para o registro de óbito, o Cartório de Registro Civil competente é o da **cidade onde a pessoa faleceu**.

Uma pessoa da família, maior de 18 anos e portando documento de identidade, deve comparecer ao Cartório levando a **DO (Declaração de Óbito) VIA AMARELA** e um documento do falecido.

O registro de óbito é gratuito para todas as pessoas.

Emissão de Laudo Final de Necrópsia

Dirigir-se ao Hospital de Clínicas, no Serviço de Verificação de Óbito (SVO) com os seguintes documentos:

- **TERMO DE ESCLARECIMENTO** (entregue na entrevista)

- **CERTIDÃO DE ÓBITO**.

- **Documento original RG** do Requerente: Esposo ou Esposa; Mãe ou Pai ou responsável legal na ausência desses copia RG de todos os filhos ou irmãos com declaração de autorização de cada um para emissão do laudo.

SVO – CONTATO (14) 3402-1744 RAMAL: 1226

As manifestações (**elogios, denúncias, sugestões e reclamações**) podem ser realizadas na **OUVIDORIA**: a) Acesso na página da Famema no endereço: www.famema.br, selecionar o ícone “Ouvidoria” no rodapé da página e preencher o formulário; b) Presencial: Av. Monte Carmelo, 800 – Bairro Fragata – Marília; c) Correspondência (carta): Av. Monte Carmelo, 800- Bairro Fragata- Marília - SP- CEP 17.519-030;d) **Telefone: (14) 3402-1749 / 0800-777-1744.**



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SVO - SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Rua Aziz Atallah s/ nº - Bairro Fragata - Marília/SP - CEP: 17.519-101 Fone: (14) 3402-1744 Ramal: 1226

DECLARAÇÃO DE ENTENDIMENTO E AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Declaro que:

SVO nº _____

1. Tive a oportunidade de esclarecer todas minhas dúvidas com relação ao Serviço;
2. Fui informado que não há custos adicionais para a realização do exame necroscópico;
3. Fui informado que a Declaração de Óbito será fornecida gratuitamente, de acordo com a lei, após o exame, e que deverei procurar o Cartório de Registro Civil para providenciar a Certidão de Óbito;
4. Fui informado que após a realização do exame posso solicitar a emissão de laudo final de necropsia;
5. Fui informado que os dados clínicos referentes a esta necropsia não serão disponibilizados sem minha permissão. Concordo que Órgãos Oficiais de Saúde e Educação Médica podem consultá-los respeitando o sigilo;
6. Fui informado que, em alguns casos, para auxiliar no diagnóstico é necessário fazer imagens fotográficas do corpo as quais não serão entregues ou divulgadas sem minha permissão, fazendo parte dos arquivos do SVO;
7. As Biópsias de tecidos, membros e órgãos que forem colhidas durante a necropsia serão utilizadas para esclarecimento diagnóstico sendo a guarda, conservação e posterior proscricção de responsabilidade do SVO;
8. Fui informado que caso haja a coleta de biópsia durante o procedimento, poderei solicitar o bloco de parafina ou lâmina para exames complementares sendo necessário procurar o SVO e realizar o preenchimento de formulário específico de requisição de material;
9. Estou ciente de que quando precisar esclarecer dúvidas ou pedir mais informações a respeito deste exame, posso entrar em contato com o SVO;
- 10. Recebi uma cópia do TERMO DE ESCLARECIMENTO;**
11. Após ser informado e esclarecido sobre o procedimento e seus devidos fins, entendi e autorizo a realização da necropsia.

_____ SP, _____ de _____ de 20_____.

***NOME DO FALECIDO:** _____

Autorização preenchida às: _____

Nome Autorizante:
(Parentes de 1º grau)

Parentesco:

Assinatura

***RG.**

Celular ()

Residencial ()

TESTEMUNHAS:

Ass.

Nome

*RG.

Tel. ()

Ass.

Nome

*RG.

Tel. ()

*** OBS: ENVIAR CÓPIAS: CERTIDÃO CASAMENTO e/ou NASCIMENTO e/ou RG e DOCUMENTO que COMPROVE o DOMICÍLIO do FALECIDO. CÓPIA - RG do AUTORIZANTE e TESTEMUNHAS, se houver. (Feto-documentos dos Pais).**



**SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO**

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SVO - SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Rua Aziz Atallah s/ nº - Bairro Fragata - Marília/SP - CEP: 17.519-101 Fone: (14) 3402-1744 Ramal: 1226

**ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER PARA AVALIAÇÃO
DO PROCEDIMENTO: () IML () VO () SVO nº _____.**

***FINALIDADE:** () Esclarecimento do Diagnóstico () Interesse Epidemiológico

DADOS DA INSTITUIÇÃO SOLICITANTE*

Nome da Instituição:

Responsável pela solicitação:

Cidade:

Fone contato:

CEP:

CONSTATAÇÃO DO ÓBITO* (NM-NATIMORTO Identificar DATA/HORA de EXPULSÃO)

Data:

/

/

Hora:

Médico Responsável:

CRM:

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO*

() Hospital () Unidade de Saúde

Estabelecimento:

() Domicílio () Via pública () Outros.: _____

Endereço:

Nº

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER*

Nome :

Data Nascimento.: / /

Idade.:

Sexo:()M ()F

Pai:

Mãe:

Naturalidade:

UF:

Raça / Cor: ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena

Estado Civil: ()Solteiro ()Casado ()Viúvo ()Divorciado ()União Estável ()Ignorada

Escolaridade: () Sem Escolaridade () Fundamental I - 1ª a 4ª Série: _____

() Fundamental II - 5ª a 8ª Série: _____

() Médio - Antigo 2º Grau Série: _____

() Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado

Última Ocupação:

Endereço Residencial:

Nº

Bairro:

Complemento:

Cidade:

UF:

CEP:

Nº Cartão SUS:

RG:

CPF:

PÁGINA 4



**SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO**

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SVO - SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Rua Aziz Atallah s/ nº - Bairro Fragata - Marília/SP - CEP: 17.519-101 Fone: (14) 3402-1744 Ramal: 1226

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL - 15 A 49 ANOS*

A morte ocorreu: () Na gravidez () No parto () No aborto () Até 42 dias após o parto
() De 43 dias a 1 ano após o parto () Não ocorreu nestes períodos () Ignorado

ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE*

Idade: _____ **Ocupação:** _____

Escolaridade: () Sem Escolaridade () Fundamental I - 1ª a 4ª **Série:** _____
() Fundamental II - 5ª a 8ª **Série:** _____
() Médio - Antigo 2º Grau **Série:** _____
() Superior Incompleto () Superior Completo () Ignorado

Duração da gestação em semanas: _____ () Ignorado

Tipo de gravidez: () Única () Dupla () Tripla ou + () Ignorada

Tipo de Parto: () Vaginal () Cesáreo () Ignorado

Número de filhos: Nascidos vivos _____ **Perdas fetais/abortos** _____ () Ignorado

Morte em relação ao parto: () Antes () Durante () Depois () Ignorado

Peso ao nascer: _____ **Nº Declaração Nascido Vivo:** _____

Patologias maternas pré-existentes:

Óbito fetal enviar PLACENTA (no formol 10%) com pedido de anatomo SADT preenchido para envio ao Laboratório de Patologia do HC para proceder exame histopatológico.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA*

Anamnese, exame físico, exames complementares, procedimentos cirúrgicos, lesões observadas e outras informações clínicas:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA*

MEIO DE TRANSPORTE DO CORPO*

Realizado por:

Data: / / Hora: Motorista:

 **REALIZAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA NÃO CRIMINAL (BO) PARA TRANSPORTE DO CORPO QUANDO O ÓBITO OCORRER EM OUTRO MUNICÍPIO B.O. Nº**



**SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO**

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

SVO - SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO

Rua Aziz Atallah s/ nº - Bairro Fragata - Marília/SP - CEP: 17.519-101 Fone: (14) 3402-1744 Ramal: 1226

INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO MEDICO REALIZADO*

- () Chegou sem vida ao serviço.
() Faleceu no início do tratamento ou atendimento: ____/____/____ Hora: _____;
() Faleceu após receber os primeiros socorros: ____/____/____ Hora: _____;
() Faleceu durante a internação: Após ____ dias. ou Após ____ Horas.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO*

Nome: _____ Telefone: _____

Nº de Incrição no Conselho Regional: _____ Assinatura: _____

A N A M N E S E* (Questionário aplicado a mãe (NM) e/ou familiares)

Queixava-se de dores ou outros sintomas nos dias anteriores? _____

O que o paciente estava fazendo e como foi encontrado? _____

Doenças Prévias e/ou Contagiosas: _____

Cirurgias Prévias: _____

Observações importantes: _____

Fumava? () SIM () NÃO Quanto? _____

Fazia uso de bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO Quanto? _____ Freq.? _____

Fazia uso de drogas ilícitas? () SIM () NÃO Há quanto tempo? _____

PADRÃO PARA PREENCHIMENTO: POUCO (+), MODERADO (+ +), MUITO (+ + +)

ENTREVISTADOR: _____

*** Todos os DADOS DEVEM SER PREENCHIDOS e Documentos solicitados enviados, caso contrário, não será aceito para realização do procedimento, sendo devolvido.**

De USO do SVO **REALIZADO POR:** TÉCNICO: _____ MÉDICO: _____

Data início			Hora	Data término			Hora	
Dia	Mes	201__	:	Dia	Mes	201__	:	