

Contribuição do Serviço de Verificação de Óbito para a Vigilância do Óbito

DRA. KAREN DE SOUZA MENDONÇA

MÉDICA PATOLOGISTA DO SVO DE ANÁPOLIS - GOIÁS

SVO - quem somos?

- ▶ Portaria GM/MS nº 1.764, de 29 de julho de 2021 – institui a RNSVO (e esclarecimento da causa mortis) integrante do SNVE.

* Instituições destinadas ao esclarecimento das causas de morte de todos os óbitos decorrentes de causas naturais*, sem elucidação diagnóstica, com ou sem assistência médica. Priorizar os óbitos por causas de interesse de investigação epidemiológica;

* Como? Através da necropsia;

* Onde? Municípios, Estados e DF;

* Para quê? Promover a qualificação e a melhoria dos dados e informações dos óbitos ocorridos, para a promoção de políticas públicas de saúde.



ATRIBUIÇÕES

▶ SVO

MORTE POR CAUSA NATURAL

É aquela cuja causa básica é uma doença ou estado mórbido.

▶ IML

1. MORTES POR CAUSAS EXTERNAS

São aquelas que ocorrem em consequência direta ou indireta de um evento lesivo (acidental, não-acidental ou de intenção indeterminada), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito (CREMEB, 2017).

Exemplos:

- ▶ lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidentes de trânsito);
- ▶ acidente do trabalho;
- ▶ intoxicação (medicamentos, choque anafilático, uso de drogas/overdose, contato com pesticidas, envenenamento, acidente por animal peçonhento);
- ▶ evento adverso pós-vacinação (OMS, 1993, CID10, Y59.9);
- ▶ engasgamento;
- ▶ afogamento;
- ▶ queimadura;
- ▶ eletrocussão.

2. MORTES SUSPEITAS

Chama-se de morte suspeita, ou melhor, de “causa suspeita”, a que ocorre sem qualquer justificativa ou de forma duvidosa, e para a qual não se tem uma evidência de ter sido ela de causa violenta ou por antecedentes patológicos, e que será definido após competente perícia tanatológica (FRANÇA, 2017).

3. CORPOS NÃO IDENTIFICADOS

A identificação civil é atestada por qualquer dos seguintes documentos (LEI 12.037/2009):

- ▶ I – Carteira de identidade;
- ▶ II – Carteira de trabalho;
- ▶ III – Carteira profissional;
- ▶ IV – Passaporte;
- ▶ V – Carteira de identificação funcional;
- ▶ VI – Outro documento público que permita a identificação do indiciado.
- ▶ Equiparam-se aos documentos de identificação civis os documentos de identificação militares.

4. CORPOS EM AVANÇADO ESTADO DE DECOMPOSIÇÃO

* CIRCULAÇÃO PÓSTUMA (BROUARDEL), (PORTARIA N. 077/2022 – SPTC/GO).

Circulação póstuma (Brouardel)

48 – 72h de óbito



É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA MANTER UM RELACIONAMENTO SAUDÁVEL E PRODUTIVO ENTRE AS INSTITUIÇÕES, SVO E IML, A FIM DE QUE:

- ▶ CORPOS POSSAM SER ENCAMINHADOS BILATERALMENTE (ANTES OU DURANTE A NECROPSIA) COM O INTUITO DE:
 - * RESPONDER ADEQUADAMENTE TANTO À EPIDEMIOLOGIA QUANTO À JUSTIÇA,
 - * QUALIFICAR A INFORMAÇÃO ENCAMINHADA AO SIM;
- ▶ HAJA A TROCA DE CONHECIMENTO CIENTÍFICO ENTRE AS EQUIPES;
- ▶ COOPERAÇÃO MÚTUA.
 - * TERMOS DE AJUSTES DE CONDUTA



Estado de Goiás
Secretaria da Segurança Pública
Superintendência de Polícia Técnico-Científica
Núcleo Regional de Polícia Técnico-Científica de Anápolis

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA ENCAMINHAMENTO AO SVO

REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA: IML

IDENTIFICAÇÃO DO CAD: _____

DATA DO ÓBITO: ___/___/_____ HORA DO ÓBITO: ___:___

LOCAL DO ÓBITO: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO DO CAD: _____

DATA: ___/___/_____ _____

ASSINATURA E CRM-GO

CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE CONTRA-REFERÊNCIA: SVO/Anápolis

ESTE É O PARECER _____

DATA: ___/___/_____ _____

ASSINATURA E CRM-GO

FLUXO DOS TRÂMITES NO SVO DESDE A ENTRADA DO CORPO ATÉ SUA ENTREGA À FAMÍLIA

- ▶ RECEPÇÃO DE FAMILIARES/RESPONSÁVEL LEGAL;
- ▶ ENTREVISTA MÉDICA, PREENCHIMENTO PARCIAL DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO E SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA NECROPSIA;
- ▶ NECROPSIA OU ECTOSCOPIA;
- ▶ FINALIZAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO COM A ANOTAÇÃO DAS CAUSAS DE MORTE;
- ▶ COMUNICAÇÃO DA CAUSA DA MORTE AOS FAMILIARES/RL, DE PREFERÊNCIA PELO PRÓPRIO MÉDICO;
- ▶ ENTREGA DA DO AO FAMILIAR/RESPONSÁVEL LEGAL;
- ▶ REGISTRO DO ÓBITO OU EMISSÃO DA GUIA DE SEPULTAMENTO EMITIDA PELO ÓRGÃO MUNICIPAL COMPETENTE;
- ▶ ENTREGA DO CORPO À FUNERÁRIA MEDIANTE IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO PELO FAMILIAR/RL.

Dr. Karen

Hosp. Emergência Anápolis

PROTOCOLO

cod. 916/2023



Prefeitura de
ANÁPOLIS

Declaração de Óbito 35707143-3

Nome Cartão SUS Naturalidade *Anápolis - RJ*

4:00

7) Nome da Mãe *Antônia de L. S. Silva*

Sexo M. Masc. F. Fem. Ignorado

Raça/Cor Branca Preta Amarela Indígena

Situação conjugal Casado Viúvo Separado União 1 União 2 Ignorado

112 Ocupação habitual Código



EMITIDO EM 13/11/2023 as 22:52



DADOS DO REGISTRO

SOLICITANTE: RENATA LOBO	TELEFONE: (62) 99535-1599
ORIGEM DA COMUNICAÇÃO: RAI	DATA DA COMUNICAÇÃO: 13/11/2023 as 17:24
UNIDADE DE REGISTRO: 37º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR - 37º BPM (03º CRPM)	
UNIDADES ENVOLVIDAS:	
<ul style="list-style-type: none"> 37º BPM (03º CRPM) DELEGACIA DE POLÍCIA DE ABADIÂNIA 	
PM - OCORRÊNCIA PREENCHIDA E FINALIZADA	
PC - OCORRÊNCIA PREENCHIDA E FINALIZADA	

DADOS DO FATO

DATA DO FATO: 13/11/2023 as 17:22	TIPIFICAÇÕES:
	<ul style="list-style-type: none"> MORTE NATURAL CONSUMADO AVERIGUAÇÃO EM CHAMADA PARA ATENDIMENTO CONSUMADO
ENDEREÇO: LOGRADOURO: RUA JOÃO FERREIRA DINIZ, QD: 116, LT: 18, Nº: NÃO INFORMADO, BAIRRO: JARDIM SANTA FÉ, CIDADE: ABADIÂNIA, ESTADO: GOIÁS CEP: NÃO INFORMADO COMPLEMENTO: NÃO INFORMADO REFERÊNCIA: NÃO INFORMADO	

NARRATIVA

RELATO PM:

A SOLICITANTE QUE É ENFERMEIRA DO SAMU, RELATA QUE FOI ACIONADA PARA PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS AO OBSERVAR O CORPO PERCEBERAM QUE A VITIMA ESTAVA SEM OS SINAIS VITAIS,DIANTE DO FATO PEDE A PRESENÇA DA VIATURA.

RELATO DA EQUIPE NO LOCAL:

SOLICITADOS VIA COPOM (1º SGT EDMILSON) A GPM 1.12715 , COMPOSTA PELO 1º SGT BATISTA e 2º SGT ROMERSOM DESLOCOU PARA AVERIGUAR UM CHAMADO DO SAMU, ONDE A SOLICITANTE, SRA RENATA ENFERMEIRA, HAVIA INFORMADO QUE FORAM CHAMADOS NO ENDEREÇO CITADO PARA PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS A BRUNA DA COSTA SILVA; ONDE AO OBSERVAR O CORPO PERCEBERAM QUE A VITIMA JA NÃO APRESENTAVA OS SINAIS VITAIS.

TAL CHAMADO SE DEU PELO O FATO DA EQUIPE DO SAMU ACHAR ESTRANHO O LAPSO TEMPORAL REALTADO PELO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA, SR ANTONIO MARCOS O QUAL FOI ENTREVISTADO PELA EQUIPE POLICIAL E RELATOU OS SEGUINTE FATOS:

"QUE A VITIMA ERA SUA CONHECIDA E QUE A MESMA TERIA PERNOITADO EM SUA RESIDÊNCIA, ONDE NA TARDE DE HOJE FOI PREPARAR UM ALMOÇO E QUANDO FOI CHAMAR BRUNA NUM QUARTO PARA ALMOÇAR A MESMA JÁ TERIA FALECIDO".

BOLETIM ONLINE ACESSE O LINK <https://raivirtual.ssp.go.gov.br>

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: fad807e9d899ca4c7be0d297bd0f40f4



EMITIDO EM 13/11/2023 as 22:52



TIPIFICAÇÕES ENVOLVIDA:

1 - MORTE NATURAL CONSUMADO

Qualificação(ões): VÍTIMA

NOME:

SEXO: FEMININO

NASCIMENTO: NÃO INFORMADO

IDADE: NÃO INFORMADO

ESTADO CIVIL: NÃO INFORMADO

COR/RAÇA: NÃO INFORMADA

3ª PESSOA

TIPIFICAÇÕES ENVOLVIDA:

1 - AVERIGUAÇÃO EM CHAMADA PARA ATENDIMENTO CONSUMADO

Qualificação(ões): TESTEMUNHA

NOME: JULIO CESAR GOMES DAMASIO

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: NÃO INFORMADO

IDADE: NÃO INFORMADO

RG: NÃO INFORMADO

CPF: 38266881120

CNH: NÃO INFORMADO

TÍTULO DE ELEITOR: NÃO INFORMADO

PASSAPORTE: NÃO INFORMADO

ENDEREÇO COMERCIAL: LOGRADOURO: SAMU, QD: NÃO INFORMADO, LT: NÃO INFORMADO, Nº: NÃO INFORMADO, BAIRRO: SETOR CENTRAL, CIDADE: ABADIÂNIA, ESTADO: GOIÁS CEP: NÃO INFORMADO COMPLEMENTO: NÃO INFORMADO REFERÊNCIA: NÃO INFORMADO

TELEFONE CELULAR: NÃO INFORMADO

4ª PESSOA

TIPIFICAÇÕES ENVOLVIDA:

1 - MORTE NATURAL CONSUMADO

Qualificação(ões): TESTEMUNHA

2 - AVERIGUAÇÃO EM CHAMADA PARA ATENDIMENTO CONSUMADO

Qualificação(ões): TESTEMUNHA

BOLETIM ONLINE ACESSE O LINK <https://raivirtual.ssp.go.gov.br>

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: fad807e9d899ca4c7be0d297bd0f40f4



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE ATENDIMENTO INTEGRADO

EMITIDO EM 13/11/2023 às 22:52



Imagem:WhatsApp Image 2023-11-13 at 19.22.04.jpeg



BOLETIM ONLINE ACESSE O LINK <https://raivirtual.ssp.go.gov.br>

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: fad807e9d899ca4c7be0d297bd0f40f4



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE ATENDIMENTO INTEGRADO

EMITIDO EM 13/11/2023 às 22:52



Imagem:WhatsApp Image 2023-11-13 at 19.22.03 (2).jpeg



BOLETIM ONLINE ACESSE O LINK <https://raivirtual.ssp.go.gov.br>

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: fad807e9d899ca4c7be0d297bd0f40f4



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE ATENDIMENTO INTEGRADO

EMITIDO EM 13/11/2023 às 22:52



Imagem:WhatsApp Image 2023-11-13 at 19.22.03 (3).jpeg



BOLETIM ONLINE ACESSE O LINK <https://raivirtual.ssp.go.gov.br>

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: fad807e9d899ca4c7be0d297bd0f40f4



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
REGISTRO DE ATENDIMENTO INTEGRADO

EMITIDO EM 13/11/2023 as 22:52



Imagem:WhatsApp Image 2023-11-13 at 19.31.55.jpeg

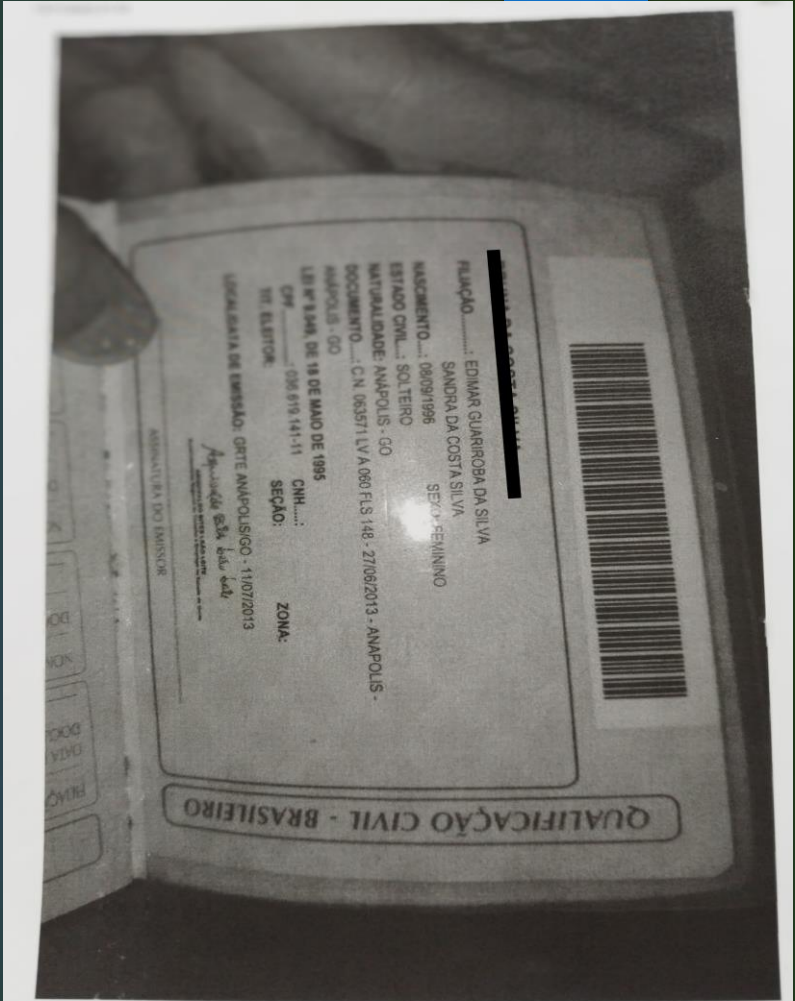


13/11/2023 21:33

IMG-20231113-WA0072.jpg



https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGwHfqWHnzhQGQFPbQCVCQZvzh?projector=1&messagePartId=0.1



https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGwHfqWHnzhjRWXILXbirtPpT17projector=1&messagePartId=0.1

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO E DETERMINAÇÃO DA CAUSA MORTIS
RELATÓRIO DE ANAMNESE E CONDOTA

Nº DE ORDEM _____ DO 357.081.43-3
ÓBITO 13/11/23 às 14:00 horas
Local: Casa de convalescência - Abadiaânia/GO
Nome: _____
Filiação: _____

Idade: 27 anos Data de Nascimento: 08.09.96
Sexo: Feme Cor: Parda RG: _____
Naturalidade: Anápolis - GO

1) RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA, ANTECEDENTES E EXAMES COMPLEMENTARES:

Horário da Entrevista: _____ h

Vacinação nas últimas 6 semanas: _____

Vacinação para COVID19: SIM () NÃO () IGNORADO Nº de doses: _____ Última há mais de 30 dias? _____

Recebo no SU, os irmãos da falecida, o Sr. Michael Douglas e Marcelo, que referem contato com a vítima há mais de 06 meses. Que desde os 15 anos de idade, vinha em uso inveterado de bebida alcoólica, tabagismo e drogas ilícitas. Referem que a vítima era "poca da cabeça", mas não sabem referir qual droga. Referem ser G1A1B. Nada mais.

Nota: Às 18:43h de hoje, recebi ligação do Delegado (Leyton, via WhatsApp), trazido pela atendente Cristiane, referindo que o óbito em questão não deveria de causas externas e que o corpo poderia ser removido pelo SU, conforme consta "morte natural" no RAI anexo.

2) CONDOTA:

() Declaração de óbito sem realizar necropsia:

() Causa mortis determinada por associação aos dados clínicos e exames

complementares;

() por não autorização da família/responsável legal.

Necropsia (vide descrição em formulário anexo).

3) TR-Ag SARS-CoV-2: Não reagente () Reagente

4) VÍSCERAS ENVIADAS PARA AP (segmentos, em formol 10%):

Cor () PD PE Cérebro () Cerebelo () Esterno ()

Fígado RD RE () Pâncreas () Baço () Vesícula Biliar

Placenta () Membranas () Cordão Umbilical () Gônadas para definição do sexo ()

Outras: _____

5) LACEN:

*Formol a 10% (fragmentos de vísceras com 01cm³):

() Coração, () Pulmão E, () Pulmão D, () Fígado, () Rim E, () Rim D,

() Cérebro, () Pâncreas, () Baço

*Nitrogênio/Gelox:

- () Kit influenza com fragmentos (01cm³) de pulmões D/E e brônquios D/E, em solução salina + antibiótico - 4 frascos;

- Criotubos (fragmentos de vísceras "in natura"):

() Coração, () Pulmão E, () Pulmão D, () Fígado, () Rim E, () Rim D,

() Cérebro, () Sangue, () Soro, () Líquido pleural, () Líquido pericárdico,

() Líquido ascítico, () LCR, () Outros _____

*SWAB Nasofaríngeo em meio de transporte viral, um tubo ()

*Temperatura ambiente: () Kit meningite com sangue e LCR; () Outros: _____

Outros: _____

Anápolis, 13 de Nov. de 23.

8955
Médico(a) Responsável com CRM

ANÁLISE DE VERIFICAÇÃO DE SÍNTOMAS E DETERMINAÇÃO DA CAUSA MORTIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DE ORDEM _____

NOME: Severina de Loba Silva

ENDEREÇO: _____

Aut. de intoxicação letal, com
uma ingestão letal, com presença de
uma substância desconhecida de cor
vermelha, com sabor amargo.
As de coloração de marrom. Não
com uma parte que de
de violência.

CAVIDADES

- PLEURA: ndo
- PERICÁRDIO: ndo
- PERITÔNIO: ndo

CORAÇÃO, VASOS DA BASE E AORTA

- CORAÇÃO
 - TAMANHO: HABITUAL() CARDIOMEGALIA mod
 - CAMARAS CARDÍACAS: HABITUAIS() HIPERTRÓFICAS() DILATADAS VE/VD
 - ANEURISMA: AUSENTE() PRESENTE()
 - CORONÁRIAS: HABITUAIS() LESÃO()
 - EPICÁRDIO, MIOCÁRDIO E ENDOCÁRDIO: HABITUAIS() LESÃO()
- AORTA: HABITUAL() LESÃO()

VIAS AÉREAS E PULMÕES

- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS
 - HABITUAIS() SECREÇÃO() TIPO: _____
 - LESÃO()
- PULMÕES
 - FORMATO: HABITUAL() IRREGULAR()
 - COLORAÇÃO: ROSA() ANTRACINOSA()
 - SUPERFÍCIE EXTERNA: LISA E BRILHANTE() MACRONODULAR() MICRONODULAR() CISTO() HEMANGIOMA()
 - AOS CORTES: VINHOSO E HOMOGÊNEO() PÁLIDO E HOMOGÊNEO() NOZ MOSCADA() ESTEATÓTICO() CIRRÓTICO() OUTRO() consist. firme

PÂNCREAS

- HABITUAIS() LESÕES()

BAÇO

- HABITUAIS() LESÕES()

FÍGADO

- TAMANHO: HABITUAL() HEPATOMEGALIA mod/acent
- FORMATO: HABITUAL() IRREGULAR()
- COLORAÇÃO: VINHOSA() PÁLIDO-AMARELADO() ACINZENTADO() OUTRA()
- SUPERFÍCIE EXTERNA: LISA E BRILHANTE() MACRONODULAR() MICRONODULAR() CISTO() HEMANGIOMA()
- AOS CORTES: VINHOSO E HOMOGÊNEO() PÁLIDO E HOMOGÊNEO() NOZ MOSCADA() ESTEATÓTICO() CIRRÓTICO() OUTRO() consist. firme

VESÍCULA BILIAR: PRESENTE() AUSENTE()

LITÍASE: _____

RINS

- TAMANHO: HABITUAL() DIMINUÍDO() OUTRO()
- FORMATO: HABITUAL() IRREGULAR() CISTOS CORTICAIS SIMPLES()
- COLORAÇÃO: VINHOSA() PÁLIDO-AMARELADO() ACINZENTADO() OUTRA()
- LIMITE CÔRICO-MEDULAR: PRESERVADO() DIMINUÍDO() APAGADO() SINAIS DE NTA()
- AOS CORTES: _____
- LITÍASE: _____

TRATO GASTROINTESTINAL

- ÓRGÃOS: HABITUAIS() ALTERAÇÕES() HDA e pgrna gástrica

SISTEMA GENITO-URINÁRIO FEMININO() MASCULINO()

- ÚTERO: () GRAVÍDICO () NÃO GRAVÍDICO () GRAVIDEZ ECTÓPICA
- OVÁRIOS E TUBAS: ndo
- ÓRGÃOS MASCULINOS: HABITUAIS() ALTERAÇÕES()
- BEXIGA ndo

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

- SEM PARTICULARIDADES() EDEMA() VASOCONGESTÃO() ATROFIA GIROS()
- MENINGES: TRANSPARENTES E BRILHANTES() OPACAS()
- LCR: INCOLOR/LÍMPIDO() AMARELADO() TURVO() PURULENTO() SANGUINOLENTO()
- HEMORRÁGICO()
- ABSCESSO
- ANEURISMA

IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS

- TEP
- HDA pgrna gástrica
- Lesão hepática
- CMB

ANÁPOLIS, 13 de 11 de 23

Assinatura do Médico com CRM-GO 8955

Note-se o grande massa, seu lobo hep. direito, sup. et. cerebri, coloração amarelada, com área central fibrotica/arterial, seu delimitada do parênquima circunferente, med. cerca de 10,0 x 10,0 x 7,0 cm.

vinhoso e lobo inf.

1º contato Drº [redacted]

ZAP. 18:43

1º contato DP de Abadiânia

TELEFONE: 18:43

1º contato Drº [redacted]

Telefone: 18:45

(falou c/ Drº Karen)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

PARA A REALIZAÇÃO DE NECROPSIA

Eu, [redacted], estou sendo solicitado(a) a autorizar a realização do exame de NECROPSIA no corpo de [redacted] (DATA DO ÓBITO: 13.11.23), do(a) qual sou (parentesco) irmão, a ser realizado no Serviço de Verificação de Óbito (SVO) de Anápolis/GO, e esclarecido(a) de que:

- 1- a NECROPSIA é um ato médico que consiste no exame detalhado dos diversos órgãos e sistemas do corpo, através de ampla incisão tóraco-abdominal e craniotomia, com o objetivo de elucidar a causa da morte (sempre que possível) e das demais doenças que possam ter contribuído para tal;
- 2- que as informações obtidas na necropsia são imprescindíveis para o monitoramento da saúde pública, úteis na prevenção de doenças na população em geral e, inclusive, possibilitando ações rápidas na comunidade em casos de doenças infecto-contagiosas.
- 3- que a necropsia é feita, geralmente, em duas etapas. Na primeira, faz-se o exame macroscópico no qual o médico examina todo o corpo e coleta, se necessário, amostras para a segunda etapa. Na segunda, o material coletado é enviado para um Laboratório de Patologia conveniado para a realização do exame microscópico. **Destacamos que o corpo será liberado para velório e sepultamento logo após a primeira etapa do procedimento, com a emissão da devida DECLARAÇÃO DE ÓBITO.**
- 4- que todo o procedimento realizado no SVO é gratuito, de modo que a família ou os responsáveis não pagarão nada por ele, em nenhum momento.

Pelo presente termo declaro estar **CIENTE** de todos os procedimentos necessários para a realização do exame de necropsia acima descrito, tendo todas as minhas dúvidas esclarecidas pelo(a) médico(a) do Serviço de Verificação de Óbitos de Anápolis-GO, estando ainda ciente de que, em alguns casos, o exame de necropsia não possibilitará o total esclarecimento da causa da morte. Declaro, ainda, que **AUTORIZO** livre e espontaneamente a realização do referido exame no cadáver supramencionado, pelo qual me responsabilizo neste mesmo ato, e **que não suponho que seu óbito tenha ocorrido por causas suspeitas, violentas, nem traumáticas.**

Anápolis, 13.11.23

[assinatura]

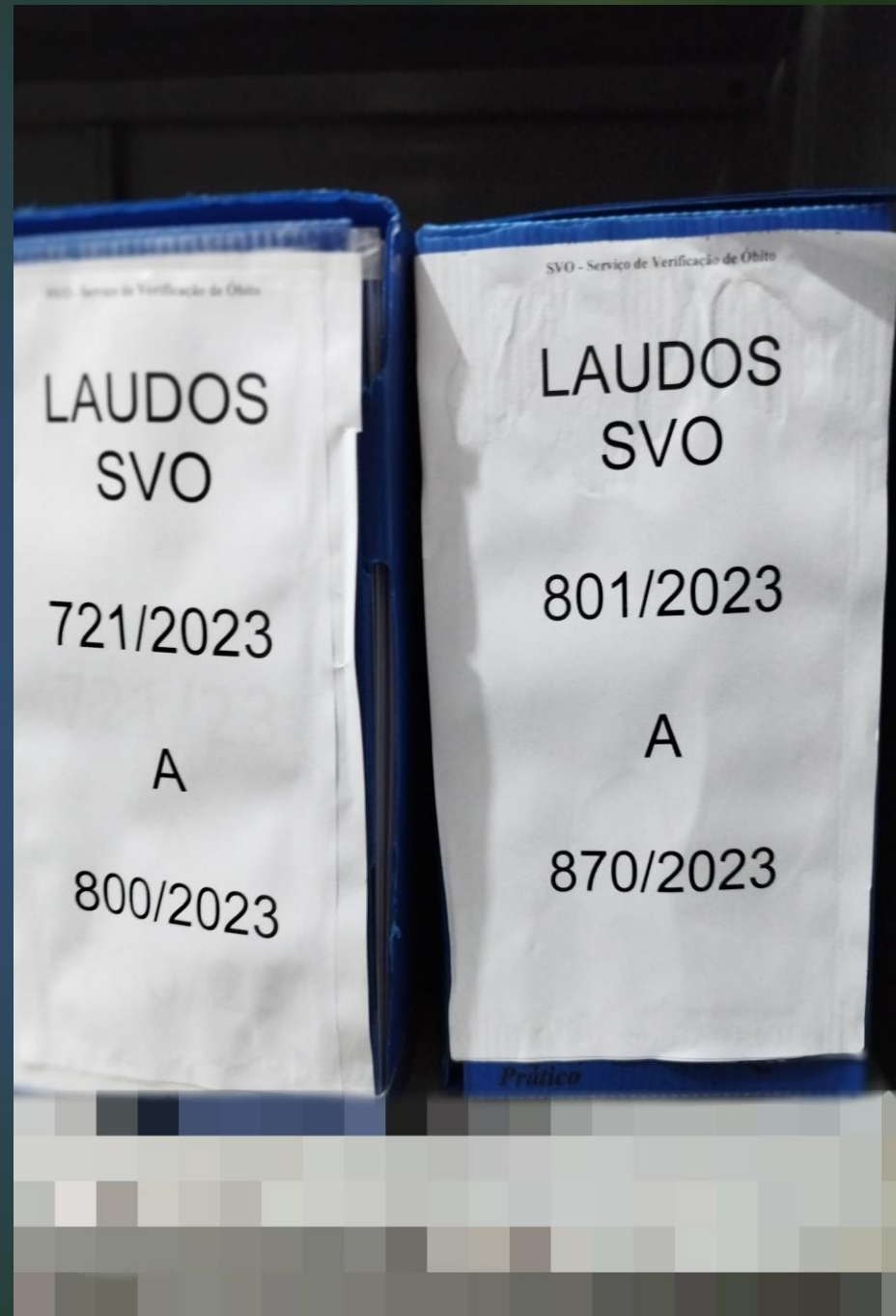
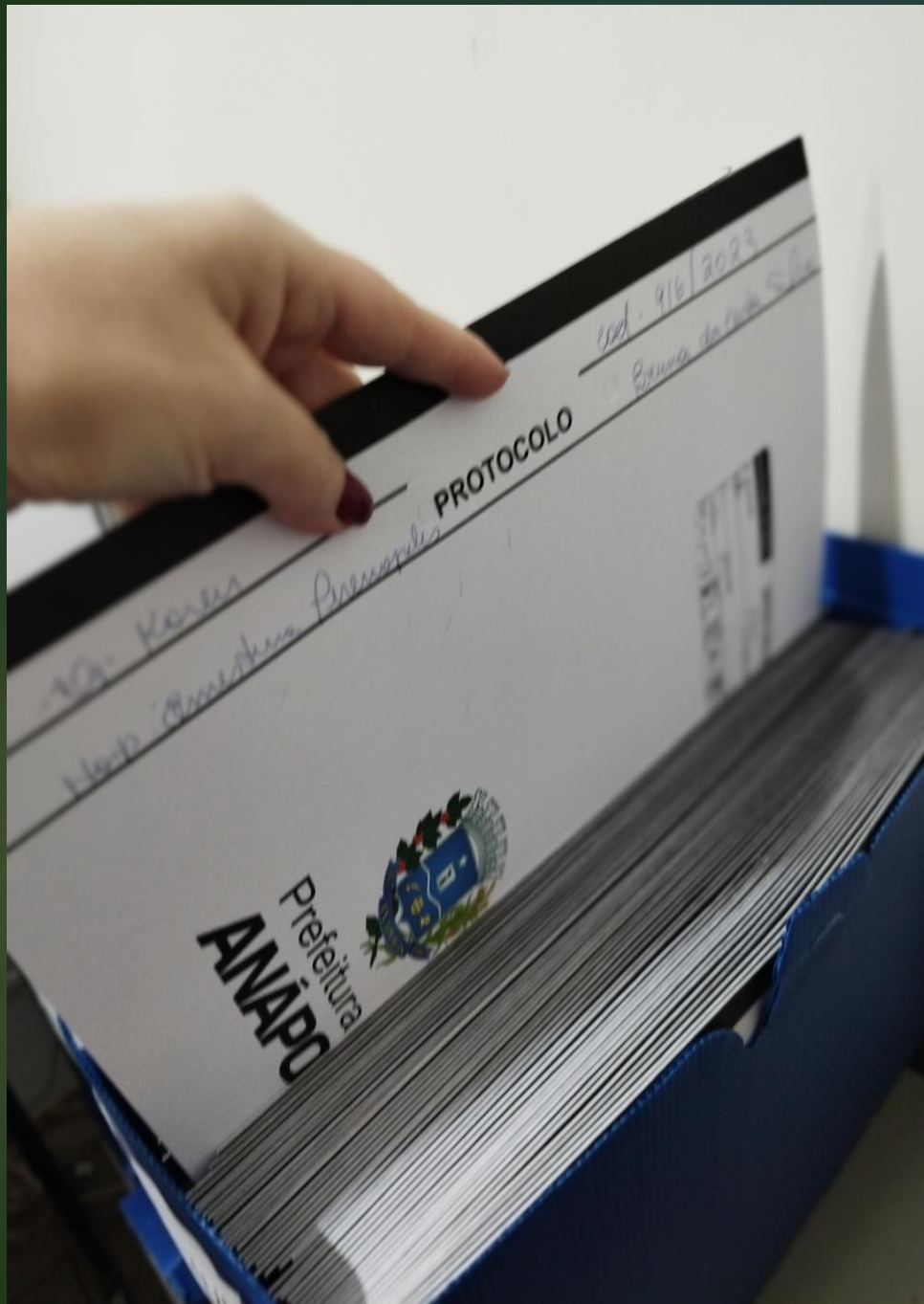
Assinatura do Familiar/Responsável Legal

RG ou CPF: 8581058 (1º V-90)

[assinatura]

Assinatura e CRM do(a) Médico(a) Responsável pela Necropsia

Observação: Este termo será preenchido em duas vias de igual teor, ficando uma delas com o familiar/responsável e a outra no SVO.



A IMPORTÂNCIA DO SVO PARA AS ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- ▶ DETECÇÃO (OU SUSPEIÇÃO) TEMPESTIVA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS;
 - * COLETA ADEQUADA DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA NOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA.
- ▶ NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS SUSPEITOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA OU DE AGRAVOS INUSITADOS À SAÚDE;
 - * MORTES RELACIONADAS AO TRABALHO (ex.: pneumoconioses)
- ▶ IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS;
- ▶ EVIDENCIAR POSSÍVEIS RISCOS À SAÚDE QUE ESTÃO EM EMERGÊNCIA (CONHECIDOS OU AQUELES QUE NÃO SÃO COMUNS);

**INSTRUÇÕES PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E
TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PELO SERVIÇO DE
VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (SVO)**



**INSTRUÇÕES PARA COLETA, ACONDICIONAMENTO E
TRANSPORTE DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PELO SERVIÇO DE
VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (SVO)**

63.2100-05

Revisão 02

COORDENAÇÃO BIOLOGIA MÉDICA

ELABORAÇÃO: REDE ESTADUAL DE LABORATÓRIOS, BACTERIOLOGIA, BIOLOGIA MOLECULAR, GERENCIAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS, IMUNOPARASITOLOGIA, MICOBACTÉRIAS, MICOLOGIA E VIROLOGIA.

Goiânia-GO

2023



AGRAVO	METODOLOGIA	AMOSTRA	VOLUME	RECIPIENTES	CONSERVAÇÃO	TRANSPORTE	OBSERVAÇÃO
DENGUE FEBRE AMARELA	Sorologia	Soro	1,0 mL	Tubo plástico, estéril, resistente à temperatura ultra baixa, com tampa de rosca (CRIOTUBO)	Freezer -20°C	Caixa térmica com gelo reciclável	-
	Isolamento Viral	Sangue	1,0 mL	Tubo plástico, estéril, resistente à temperatura ultra baixa, com tampa de rosca (CRIOTUBO)	Freezer -70°C	Nitrogênio líquido	Colocar cada um dos fragmentos em tubos separados.
		Fragmentos de vísceras <i>in natura</i> (fígado, baço, pulmão, coração, rim e cérebro)	1,0 cm ³				
	Histopatológico imunohistoquímica	Fragmentos de vísceras em formol (fígado, baço, pulmão, coração, rim e cérebro)	1,0 a 3,0 cm ³	Tubo tipo Falcon (50ml) contendo formol a 10%	Temperatura ambiente	Caixa térmica SEM gelo.	Usar formol a 10% em volume 10x maior que o volume dos fragmentos.
	PCR*	Fragmentos de vísceras <i>in natura</i> (fígado, baço, pulmão, rim e cérebro)	1,0 cm ³	Tubo plástico, estéril, resistente a temperatura ultra baixa, com tampa de rosca (CRIOTUBO)	Freezer – 70°C	Nitrogênio líquido	Colocar cada um dos fragmentos em tubos separados.
Derrames Cavitários (pleural, pericárdico e ascítico)		1,0 a 2,0 mL					
Soro							
	Líquor						

*PCR – Reação em Cadeia da Polimerase

A IMPORTÂNCIA DO SVO PARA AS ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- ▶ DETECÇÃO DE UMA DOENÇA NOVA EM UM DETERMINADO LOCAL;
- ▶ FORNECIMENTO DE DADOS VITAIS FIDEDIGNOS;
 - * PREENCHIMENTO ADEQUADO DA DO.
- ▶ FORNECER AO GESTOR LOCAL DO SIM, ATRAVÉS DE UM FLUXO REGULAR:
 - * CÓPIAS DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITO EMITIDAS NO SERVIÇO;
 - * LISTA DAS AUTÓPSIAS REALIZADAS;
 - * ATUALIZAÇÕES DAS CAUSAS DE ÓBITO OU DE QUALQUER OUTRO DADO DA DO QUE PORVENTURA VENHA OCORRER.



I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 13/11/2023	3 Horário SUS 14:00	4 Naturalidade Município (2 ^o Via estrangeiro Informar País) Município - GO
	5 Nome do Falecido [Redacted]	6 Nome do Pai [Redacted]	7 Nome da Mãe [Redacted]	
	8 Data de nascimento 08/09/1996	9 Idade Anos completos: 27 Menores de 1 ano: Meses: 00, Dias: 00, Horas: 00, Minutos: 00, Ignorado: 9	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem.	11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
13 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	3 Média (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input checked="" type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Sulista	15 CEP	16 CEP
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Rua Francisco, s/n. 18	17 Bairro/Distrito [Redacted]	18 Município de residência Município - GO	19 UF GO	
II Residência	20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> Outros 2 Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	21 Estabelecimento [Redacted]	22 CEP	
	23 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Rua Francisco, s/n. 18	24 Bairro/Distrito [Redacted]	25 Município de ocorrência Município - GO	26 UF GO
III Ocorrência	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	27 Idade (anos) [Redacted]	28 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) [Redacted]	30 Código CBO 2002
IV Infantil ou menor que 1 ano	31 Número de filhos vivos Nascidos vivos: [Redacted] Perdas fetais/abortos: [Redacted]	32 Nº de semanas de gestação [Redacted]	33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input checked="" type="checkbox"/> Cesáreo	34 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais
	35 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	36 Peso ao nascer [Redacted] Gramas	37 Número da Declaração de Nascido Vivo	
V Causas e causas de morte	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input checked="" type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Ignorado		ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR 39 Necropsia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: [Redacted] CID	
VI Médico	40 CAUSAS DA MORTE ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) [Redacted] b) [Redacted] c) [Redacted] d) [Redacted]		41 Nome do Médico [Redacted] 42 CRM [Redacted] 43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input checked="" type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input checked="" type="checkbox"/> Outro 44 Município e UF do SVO ou IML Município - UF	
	45 Meio de contato (telefonia, fax, e-mail, etc) [Redacted] 46 Data do atestado 13/11/2023 47 Assinatura [Redacted]			
VII Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra	51 Descrição sumária do evento [Redacted]
VIII Município	53 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc) [Redacted]		54 Número	55 Bairro
	56 Município	57 Código	58 Registro	59 Data

CONCLUSÃO DE LAUDO NECROSCÓPICO

Nº DE ORDEM _____/20_____ DO _____

Nome: _____

Idade: _____ anos Data de Nascimento: _____

Sexo: _____ Cor: _____

RG: _____

Filiação: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Hora e dia do óbito: às _____ de _____ Local: _____

Médico(a) responsável pela Declaração de Óbito: _____

Médico(a) responsável pelo exame Anátomopatológico: _____

Declaração de Óbito:

A* _____
(DEVIDO OU COMO CONSEQUÊNCIA DE)

B** _____
(DEVIDO OU COMO CONSEQUÊNCIA DE)

C** _____
(DEVIDO OU COMO CONSEQUÊNCIA DE)

D _____
(CAUSA BÁSICA)

||*** _____

* Enfermidade que causou diretamente a morte;

** Enfermidade antecedente à causa direta ou imediata da morte, oriunda da causa básica que está citada no item "D".

*** Outras enfermidades que contribuíram indiretamente com a morte.

Anápolis, _____ de _____ de 20 _____.

Médico(a) Responsável e CRM

A IMPORTÂNCIA DO SVO PARA AS ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

ORIENTAÇÕES

MANTER CONTATO ESTREITO COM A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL, VISANDO:

- * ABASTECIMENTO DO SVO DE INSUMOS ADVINDOS DO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA;
- * COMUNICAÇÃO DE CASOS QUE NECESSITAM INTERVENÇÕES NOS CONTACTANTES;
- * AUXÍLIO NAS ESTRATÉGIAS DIAGNÓSTICAS;
- * ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES VINDAS DO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA;
- * PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS TÉCNICOS DE VIGILÂNCIA DO ÓBITO;
DENTRE OUTROS.

A IMPORTÂNCIA CIENTÍFICA DO SVO

- ▶ PROPORCIONAR O APRIMORAMENTO DO CONHECIMENTO MÉDICO;
 - * ENCAMINHAR DEVOLUTIVAS ÀS COMISSÕES DE ÓBITOS DAS UNIDADES DE SAÚDE.
- ▶ O SVO TEM PAPEL FUNDAMENTAL NO CONHECIMENTO DAS DOENÇAS EMERGENTES;
 - * A NECROPSIA É INSTRUMENTO PADRÃO OURO PARA A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DO DIAGNÓTICO E DA FISIOPATOLOGIA.
- ▶ CONTRIBUIR PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS TECNOLOGIAS, VISTO QUE PERMITE O ARMAZENAMENTO DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA ESTUDOS FUTUROS.

A importância social do SVO

- ▶ FORNECIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO) PARA FALECIDOS SEM ASSISTÊNCIA MÉDICA, OBITUADOS EM DOMICÍLIO, INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, CASAS DE PASSAGEM, VIAS PÚBLICAS ETC.

* EVITA A PEREGRINAÇÃO DESGASTANTE E DESNECESSÁRIA DA FAMÍLIA;

* A DO É DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL PARA O REGISTRO DO ÓBITO E SEPULTAMENTO.

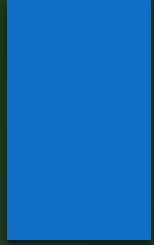
- ▶ PERMITE O CONHECIMENTO DA CAUSA DA MORTE DOS FALECIDOS PELOS FAMILIARES;

A importância social do SVO

- ▶ DETECÇÃO DE AFECÇÕES DE CARÁTER CONGÊNITO OU HEREDITÁRIO, POSSIBILITANDO AOS FAMILIARES BUSCAREM AUXÍLIO MÉDICO ESPECÍFICO;
- ▶ COMUNICAÇÃO AO ÓRGÃO COMPETENTE DOS CASOS DE **CORPOS NÃO RECLAMADOS** PARA QUE HAJA A BUSCA POR FAMILIARES.











MUITO OBRIGADA

karen.kb.kb@gmail.com