

**POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL  
PADRÃO E FORMULÁRIOS DO S.V.O.R. –  
SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO  
DE ÓBITOS REGIONAL - CASCAVEL**



**OUTUBRO / 2016**

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01
		EDIÇÃO	Primeira
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016
		PÁGINA	1

Os estudos realizados pela SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde, da SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná apontou que cerca de 5 % dos óbitos tem causa da morte mal definida ou ignorada.

Este dado foi extraído com base nas Declarações de Óbito da região Oeste do Paraná, no período compreendido entre 2010 a 2013.

Para reverter este quadro a DVIEP – Divisão de Vigilância e Informações Epidemiológicas e a SESA entenderam importante incentivar a criação da Rede Paranaense de SVORs – Serviços de Verificação de Óbitos Regionais. O objetivo é esclarecer as causas básicas destas mortes, possibilitando ainda, medidas gerenciais para reduzir os principais agravos à saúde da população.

Para tanto, a rede estadual paranaense de SVORs, em fase de implantação passará a integrar a rede nacional de SVOs – Serviço de Verificação de Óbitos, formada pelo Ministério da Saúde, que atualmente é composta por 45 unidades, sendo uma no Distrito Federal e as outras distribuídas em 18 estados brasileiros.

Dando continuidade, a SESA, através da Portaria nº 183 de 2014, prevê a possibilidade de criar uma rede estadual de 11 (onze) SVOR, distribuídos entre as Regionais Estaduais de Saúde.

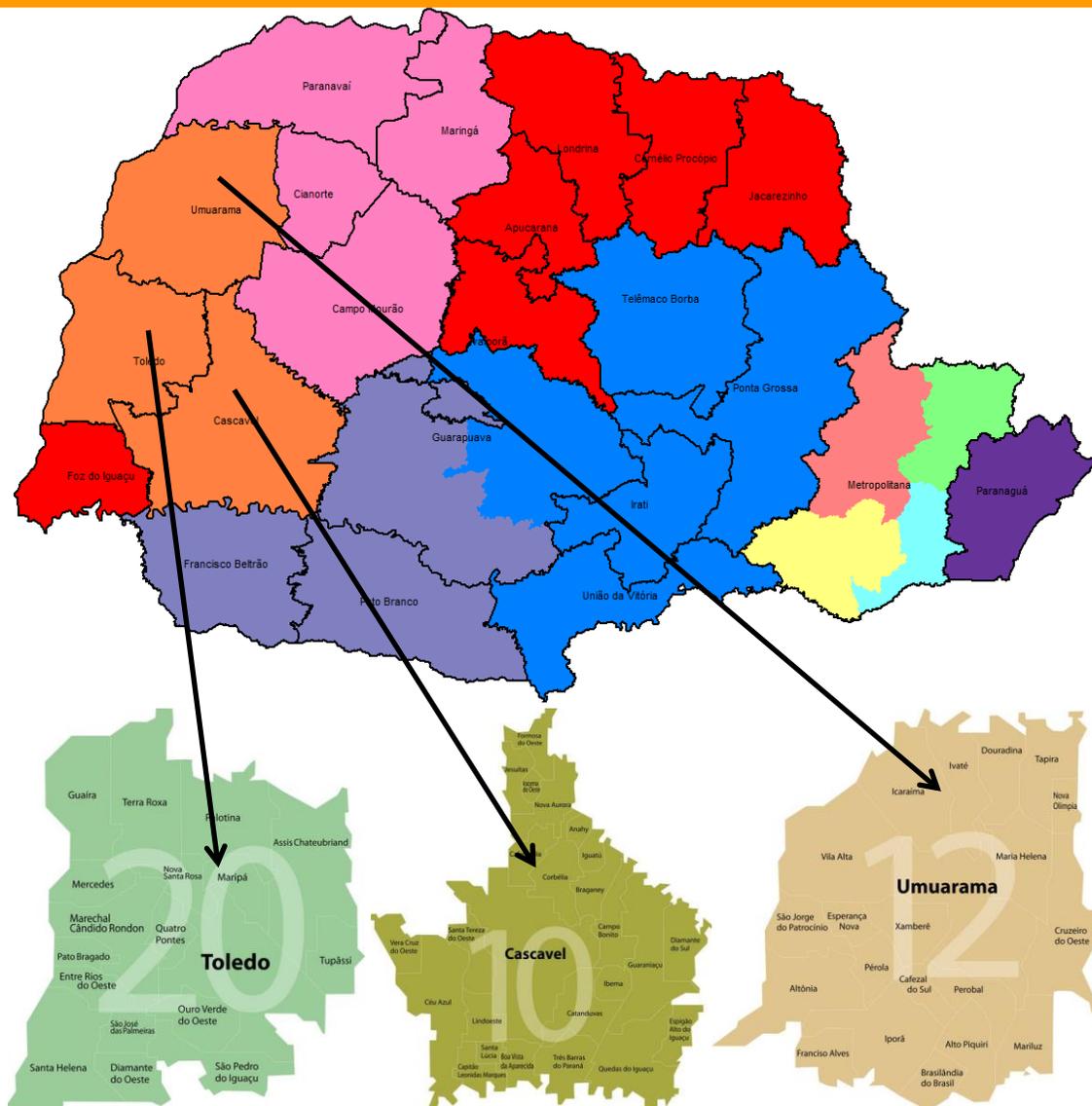
Em Cascavel, o SVOR será gerido pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, com funcionamento nas instalações do HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná, atendendo às áreas de atuação das 10<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> Regionais de Saúde da SESA, que compreende as regiões de Cascavel, Toledo e Umuarama, cuja população aproximada é de 1.200.000 habitantes.

A estimativa com a implantação deste serviço é que atenda na região, cerca de 400 óbitos com causa mal definida, a persistir como parâmetro 5% de mortes, nestas circunstâncias.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01	
		EDIÇÃO	Primeira	
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016	
		PÁGINA	2	

**SVOR – CASCAVEL : 392 Óbitos mal definidos = 5,2% e 1.187.393 hab (10,80%)**



Fonte: Mapa elaborado pela SVS/SESA e IBGE.

Nos primeiros seis meses de funcionamento o SVOR – Cascavel, atenderá exclusivamente aos óbitos de causa natural mal definidos que acontecerem no HUOP.

Transcorrido o prazo de seis meses, o atendimento contemplará os 25 municípios da área de abrangência da 10ª Regional de Saúde da

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira	Revisado por: SESA	Aprovado por: HUOP
Data: 01/08/2016	Data: 00/00/2016	Data: 00/00/2016

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01	
		EDIÇÃO	Primeira	
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016	
		PÁGINA	3	

SESA, quais sejam: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

Após um ano, será ampliado para atender toda a região de abrangência, da 10<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup> e a 20<sup>a</sup> Regionais de Saúde da SESA, passando a atender 64 (sessenta e quatro) municípios, a saber:

Alto Piquiri, Altônia, Anahy, Assis Chateaubriand, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Brasilândia do Sul, Cafelândia, Cafezal do Sul, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Cruzeiro do Oeste, Diamante do Sul, Diamante D'Oeste, Douradina, Entre Rios do Oeste, Esperança Nova, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Francisco Alves, Guaíra, Guaraniaçu, Ibema, Icaraíma, Iguatu, Iporã, Iracema do Oeste, Ivaté, Jesuítas, Lindoeste, Marechal Candido Rondon, Maria Helena, Mariluz, Maripá, Mercedes, Nova Aurora, Nova Olimpia, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Perobal, Pérola, Quatro Pontes, Quedas do Iguaçu, Santa Helena, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, São Jorge do Patrocínio, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Tapira, Terra Roxa, Toledo, Três Barras do Paraná, Tupãssi, Umuarama, Vera Cruz do Oeste, Vila Alta e Xambê.

O SVOR - Cascavel será responsável pela emissão de D.O. - Declaração de Óbito, a fim de que o Cartório Cível providencie o registro da Certidão de Óbito e também autorize a inumação do cadáver das pessoas falecidas em decorrência de morte natural com ou sem assistência médica de causa mal definida.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01
		EDIÇÃO	Primeira
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016
		PÁGINA	4

## ATRIBUIÇÕES DO SVOR – CASCAVEL

I. Realizar necropsia de pessoas falecidas em decorrência de morte natural com ou sem assistência médica sem causa conhecida (causa indeterminada), com objetivo de elucidar a causa mortis.

II. Preencher a Declaração de Óbito de pessoa falecida por morte natural de causa indeterminada.

III. Fornecer ao Solicitante/Autorizante o Relatório Médico da Autópsia buscando esclarecer a causa do óbito.

IV. Possibilitar o aperfeiçoamento técnico-científico aos médicos assistentes, docentes e discentes da Faculdade de Medicina da UNIOESTE.

V. Reduzir os índices de óbitos com causas mal definida, a partir de ações eficazes que permitam a identificação das mesmas.

VI. Possibilitar o esclarecimento das causas de morte natural na região abrangida pelo SVOR – Cascavel, identificando as causas de agravos para a saúde da população e permitindo a adoção de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças pela SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde.

VII. Promover ações a favor da doação de órgãos e de corpos, para transplante e estudos anátomo-cirúrgicos.

VIII. Propiciar estudos científicos para o ensino, pesquisa e extensão dos Cursos nas Áreas de Ciências Biológicas e da Saúde, desenvolvendo projetos aprovados pelo Conselho de Ética Humana, com concomitante aprovação técnica do SVOR – Cascavel.

IX. Desenvolver novas metodologias e técnicas de autópsia, tais como a autópsia verbal e a autópsia virtual.

X. Estudar e desenvolver novos e modernos métodos e equipamentos, para melhor realização de necropsias.

XI. Agregar metodologias a fim de desenvolver atividades de tanatopraxia e de reconstrução facial, com o objetivo de prestar serviços de qualidade para a comunidade.

XII. Executar atividades correlatas a necropsia com a finalidade de obter outras fontes de recursos financeiros, que permitam custear as despesas operacionais do serviço.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01
		EDIÇÃO	Primeira
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016
		PÁGINA	5

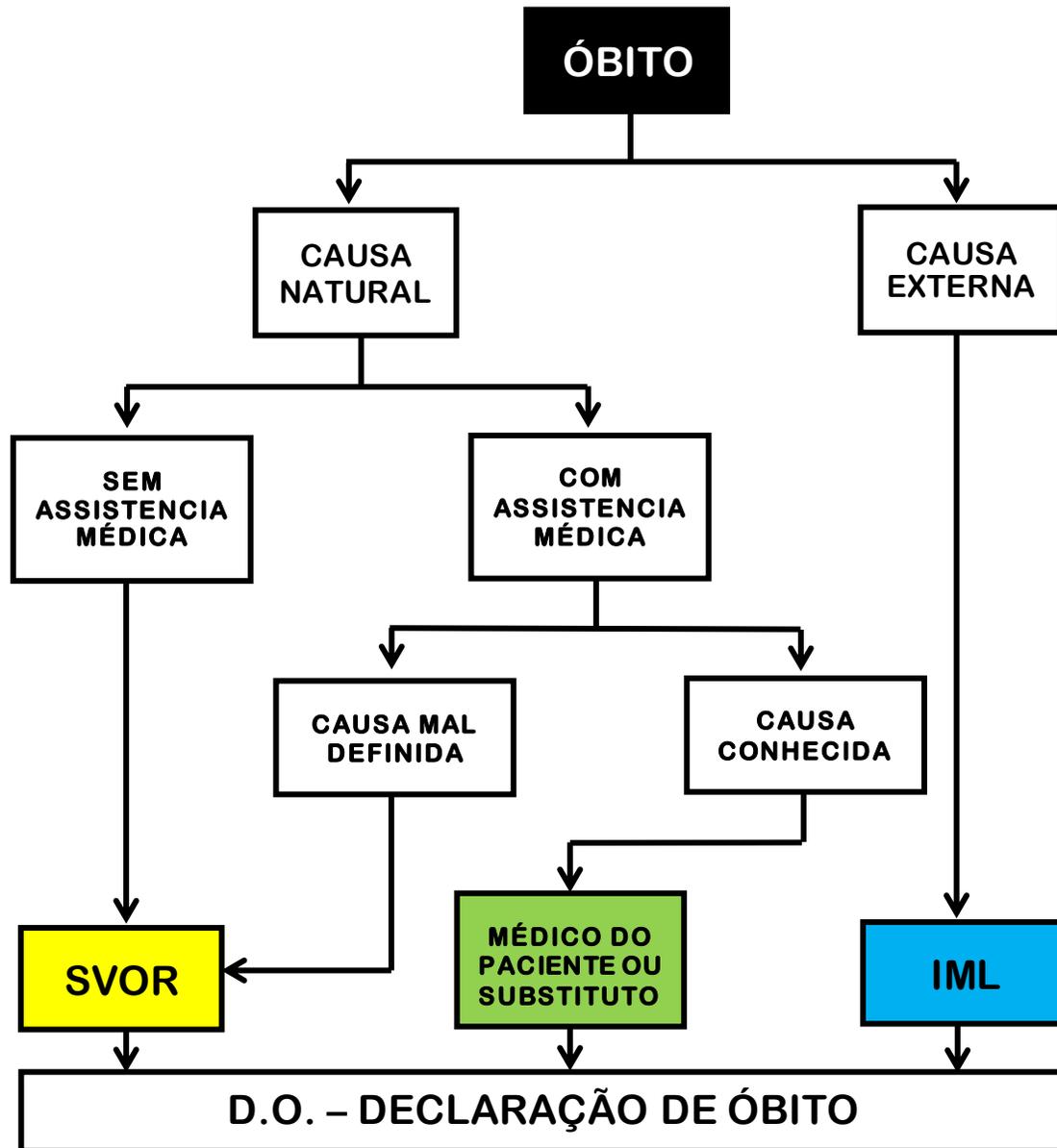
## NÃO COMPETE AO SVOR – CASCAVEL

- I. Realizar necropsia em corpos em estado de decomposição.
- II. Realizar autópsia em falecidos por morte natural, não identificados.
- III. Realizar exame necroscópico em casos de morte sob custódia da justiça, encaminhado de instituição judicial (presídio, delegacias, abrigo de menor ou em risco psicossocial) e hospital psiquiátrico.
- IV. Realizar autópsia em casos de morte de pessoas estrangeiras proveniente de países que não exigem a identificação por dactiloscópica (impressão digital) e que ainda não possuem documentos oficiais do Brasil.
- V. Realizar necropsia em falecidos por morte com causa constante no Capítulo XX do Código de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, causas externas de morbidade e mortalidade (V01–Y98), constate nos seguintes agrupamentos:
  - V01 – X59 – Acidentes
  - V01 – V99 – Acidente de Trânsito e Transporte
  - W00 – X59 – Outras Causas Externas de Lesões Acidentais
  - W00 – W19 – Quedas
  - W20 – W49 – Exposição a forças mecânicas inanimadas
  - W50 – W64 – Exposição a forças mecânicas animadas
  - W66 – W74 – Afogamento e submersão acidental
  - W75 – W84 – Outros riscos acidentais a respiração
  - W85 – W99 – Exposição à corrente elétrica, radiação, e a temperatura.
  - X00 – X09 – Exposição ao fumo, ao fogo e as chamas.
  - X10 – X19 – Contato com fonte de calor e substâncias quentes
  - X20 – X29 – Contato com animais e plantas venenosos
  - X30 – X39 – Exposição às forças da natureza
  - X40 – X49 – Envenenamento acidental por exposição a substâncias nocivas
  - X50 – X57 – Excesso de esforços, viagem e privações.
  - X58– X59 – Exposição acidental ao outros fatores e aos não especificados
  - X60 – X84 – Lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídio)
  - X85 – Y09 – Agressões (homicídios)
  - Y10 – Y34 – Eventos (fatos cuja intenção é indeterminada)
  - Y35 – Y36 – Intervenções legais e operações de guerra
  - Y40 – Y84 – Complicações de assistência médica e cirúrgica
  - Y85 – Y89 – Sequelas de causas externas de morbidade e mortalidade
  - Y90–Y98 – Fatos suplementares relacionados com as causas de morbidade e mortalidade classificada em outra parte.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01	
		EDIÇÃO	Primeira	
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016	
		PÁGINA	6	

## QUEM DEVE DECLARAR O ÓBITO



Conforme o fluxograma acima, os óbitos de causa externa, devem ser encaminhados para o IML – Instituto Médico Legal da Polícia Científica.

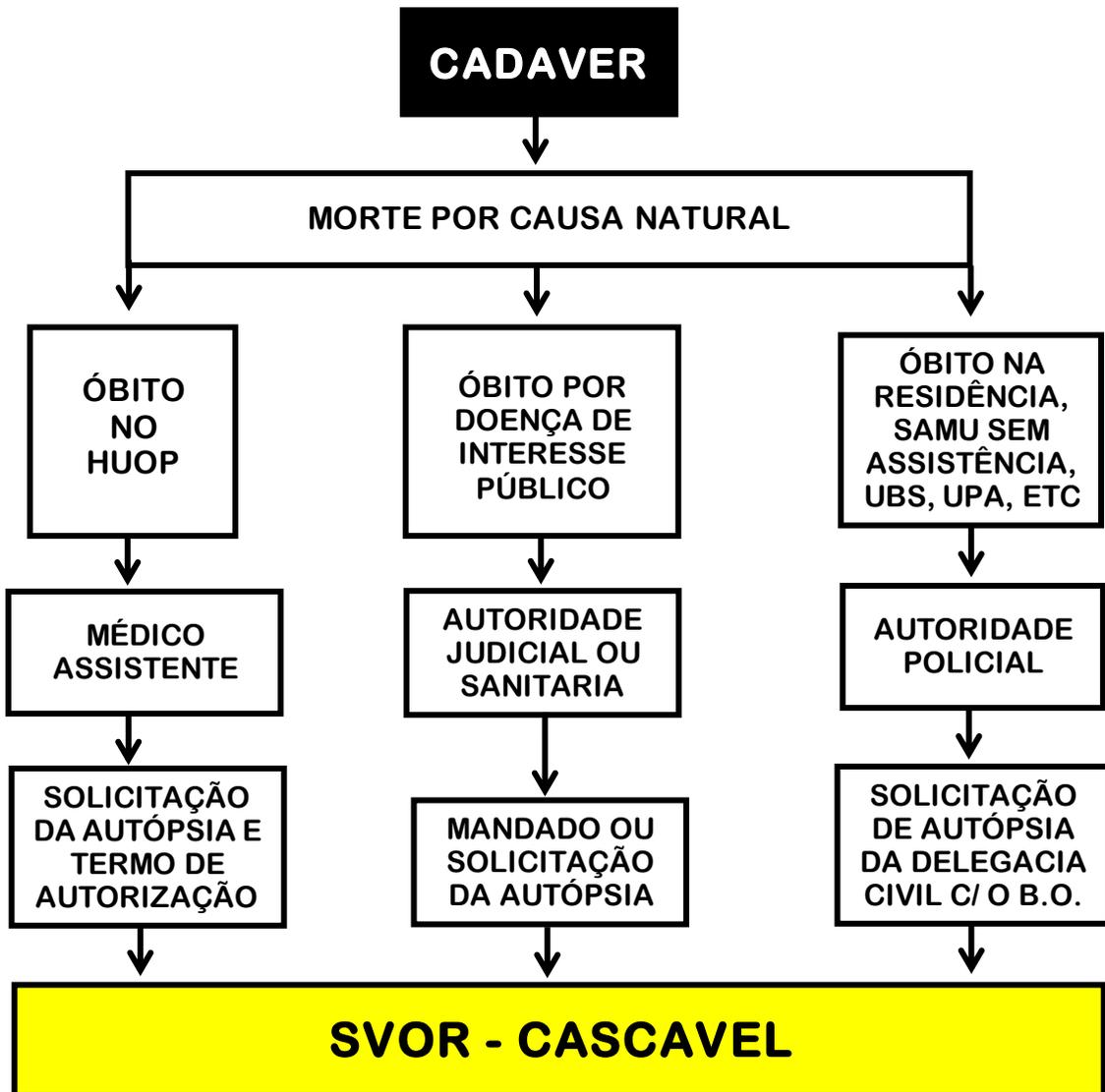
Os óbitos de causa natural, com assistência médica e de causa definida, cabe ao médico assistente ou substituto, declarar o óbito.

Nos casos de morte por causa natural, sem assistência médica ou que tenha recebido assistência médica, mas a causa é indefinida, caberá ao SVOR – Cascavel, autopsiar para conhecer a causa da morte.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01	
		EDIÇÃO	Primeira	
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016	
		PÁGINA	7	

## ENCAMINHAMENTO DO CADAVER AO SVOR-CASCAVEL



No caso de óbito na residência, logradouro, hospital ou pronto socorro, sem que haja assistência médica que possa atestar o óbito, uma pessoa da família (parente de primeiro grau), deverá se dirigir à Delegacia da Polícia Civil mais próxima, para registrar um B.O. - Boletim de Ocorrência (no Paraná, pode ser feito pela internet).

Disponível: < <http://www.delegaciaeletronica.pr.gov.br/> >

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	<b>POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>SVOR 01</b>
		<b>EDIÇÃO</b>	<b>Primeira</b>
	<b>SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL</b>	<b>DATA</b>	<b>20/07/2016</b>
		<b>PÁGINA</b>	<b>8</b>

Feito o Boletim de Ocorrência e, não havendo a princípio, suspeita de morte violenta, o delegado solicitará que o corpo seja encaminhado para o SVOR – Cascavel, para fins de esclarecimento da causa do óbito (autópsia).

O corpo encaminhado ao SVOR - Cascavel, por solicitação da Polícia, será acompanhado do B.O. - Boletim de Ocorrência, e somente serão restituídos às famílias após autópsia com a D.O. – Declaração de Óbito fornecida pelo Serviço.

É necessária a permanência do responsável que forneceu as informações, para reconhecimento e retirada do corpo após liberação.

Pode ser responsável: parentes consanguíneos, ou casados legalmente no civil, ou união estável com registro em cartório.

Também os conviventes, amasiados, amigos, vizinhos, cuidadores, empregador, entre outros, portando Boletim de Ocorrência no qual deve constar:

- I) A finalidade do BO: autorizar procedimento junto ao SVO e providenciar serviços de funeral e sepultamento;
- II) Qual a relação existente com o falecido (amigo, empregador, vizinho, cuidador, etc...);
- III) Quem informou o óbito (comunicante ou terceiros);
- IV) Circunstâncias do óbito, esclarecendo os fatos do ocorrido que levaram ao óbito.

O responsável precisa:

- a. Ter idade igual ou superior 18 anos.
- b. Estar munido de documento oficial de identificação com foto ou xerox do documento, autenticado em Cartório (RG, Carteira de Trabalho, Carteira de Habilitação, Carteira de Conselho de Classe, Carteira de aposentado emitida pelo INSS, Carteira de Reservista, Passaporte) do falecido e do responsável.
- c. Ter conhecimento, para prestar as informações da história clínica da pessoa falecida: sintomas, medicações e hábitos de vida do falecido, para o preenchimento do formulário de entrevista, com o técnico do Atendimento às famílias do SVO.
- d. Trazer exames realizados, receituário / nome dos medicamentos em uso, cartão de vacina, cartão da gestante, dentre outros da pessoa falecida.
- e. Assinar a autorização de Necropsia a ser realizada pela equipe médica do SVOR - Cascavel, ou a Declaração do motivo da não autorização para realização da necropsia.
- f. Providenciar a retirada do corpo da pessoa falecida do SVO, no tempo devido para sepultamento.
- g. Autorizar outra pessoa, por escrito, no caso do seu impedimento de comparecer pessoalmente ao SVO, para retirar o Relatório Médico que trata o inciso anterior.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01
		EDIÇÃO	Primeira
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016
		PÁGINA	9

O recolhimento e transporte de corpos dos hospitais, residências ou logradouros com destino ao SVOR - Cascavel, é de incumbência do Serviço Funerário do Município.

Os óbitos, com morte natural, ocorridos em Unidades de Saúde como hospitais, policlínicas, pronto atendimento, a pessoa falecida deve ser encaminhada ao SVO, acompanhada por relatório médico, em formulário próprio, a **GEC - Guia de Encaminhamento de Cadáver**, devidamente preenchida e assinada, constando os procedimentos realizados, cópias de exames e justificativa obrigatória que demonstre a necessidade da realização de necropsia para esclarecimento da causa mortis.

A necessidade do encaminhamento ao SVO, para a realização de necropsia independe do tempo de internação, no entanto o médico assistente encaminhante, deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamnese, história colhida com familiares, exames, doença pré-existente que justifique o óbito (causa básica), dentre outros.

Nos casos de óbito fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a DO quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.

O médico assistente do pré-natal e/ou parto, para encaminhamento ao SVOR - Cascavel, deverá descartar a possibilidade de óbito por causa materna (dados referente ao cartão do pré-natal, exames, doenças pré-existent, dentre outras), sendo que o corpo e a placenta do feto ou RN falecido, deverão ser enviados juntos, caso seja necessário a necropsia, para diagnóstico da causa do óbito.

Nos casos de óbitos que ocorrerem na região de abrangência do SVOR-Cascavel e que foram assistidos por serviço médico, mas que a causa da morte é mal definida, o médico plantonista do SVOR – Cascavel poderá auxiliar o médico assistente da localidade onde ocorreu o óbito através do emprego da autópsia verbal, recurso guiado por formulários disponíveis no endereço:

< <http://www.suvisa.ba.gov.br/content/ficha-de-investiga%C3%A7%C3%A3o-mif> >

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01
		EDIÇÃO	Primeira
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016
		PÁGINA	10

## PROCEDIMENTO DE NECROPSIA

Os corpos a serem submetidos a exame necroscópico deverão ser encaminhados pelo médico assistente do HUOP ou pela autoridade policial depois de feito o BO – Boletim de Ocorrência.

Na chegada do corpo será solicitado ao agente funerário a requisição policial de necropsia. O agente funerário assinará o formulário de Trânsito de Cadáveres na entrada de corpo, onde constará se porta ou não objeto de valor. O técnico preencherá os dados da ficha (nome, idade, sexo, horário de entrada, data, nome da funerária e o nome do agente funerário).

1 – O técnico se paramentará com: avental plástico descartável, avental de pano, calça, bota de plástico, gorro, máscara e luva de borracha. Em caso de morte por doenças infecto contagiosas, deverá seguir procedimento específico de proteção biológica para cada caso, sendo que poderá até ser necessário o uso de macacão encapsulado.

2 – O corpo colocado em maca será pesado, medido e obtido a temperatura corporal e ambiente. Se algum objeto de valor for encontrado no corpo, ele deverá ser devolvido com um recibo que será assinado pela pessoa que retirar o objeto (agente funerário ou familiar).

3 – O corpo é transportado para a sala de autópsia e colocado na mesa. Aos pés do corpo é colocado uma tábua (no lado em que o médico trabalha) para a realização dos cortes dos órgãos e obtenção das amostras para exames.

4 – No parapeito da mesa é colocado um frasco (identificado com o número da autópsia) com formol a 10% para coleta de fragmentos e os cassetes de plástico (com o número da autópsia) para a colocação dos fragmentos que irão para o laboratório de histopatologia.

5 – O material cirúrgico utilizado pelo médico e pelo técnico constam de: pinça dente de rato, tesoura cirúrgica, facas, bisturi, costótomo, agulha para sutura, fios. Cada técnico tem uma caixa com estes instrumentos. As facas são afiadas, pelo técnico, em pedra de afiar, esmeril e chaira.

6 – O corpo é molhado para o sangue não secar e grudar e procede-se a abertura das cavidades toraco-abdominal e craniana. Os órgãos são retirados e pesados em balança eletrônica. Todos os pesos são marcados na lousa (encéfalo, coração, pulmão direito, pulmão esquerdo, fígado, baço, rim direito, rim esquerdo, timo, peso, altura). Durante todo o tempo da autópsia o corpo é lavado com água corrente nos lugares onde haja escoamento de sangue

7 – Os órgãos são expostos para visualização do médico plantonista para diagnóstico e realização dos cortes histológicos.

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira	Revisado por: SESA	Aprovado por: HUOP
Data: 01/08/2016	Data: 00/00/2016	Data: 00/00/2016

	POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO	SVOR 01
		EDIÇÃO	Primeira
	SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL SVOR – CASCAVEL	DATA	20/07/2016
		PÁGINA	11

8 – Após examinados os órgãos são recolocados no corpo e feita a sutura do corte com cordonê mercerizado colorido.

9 – Em seguida o corpo é lavado, fechado no saco de cadáver identificado e colocado na maca e levado para câmara frigorífica. As roupas são colocadas junto ao cadáver. Se não forem levadas pela funerária, são colocadas em saco plástico branco e colocadas no lixo hospitalar.

10 – A mesa todos o instrumental serão lavados conforme recomendação da ANVISA para os casos de necrópsia.

11 – O material cirúrgico será secado e após guardado nas caixas.

12 – O piso será lavado após o termino de cada autópsia.

13 – As luvas usadas pelo médico e pelo auxiliar de necrópsia são lavadas com sabão e água sanitária para reaproveitamento. Depois de 4 autópsias são desprezadas em lixo hospitalar (em autópsias de doenças contagiosas são sempre desprezadas).

14 – O avental de pano e a calça são colocados em hamper para serem posteriormente encaminhados, pelo auxiliar de necrópsia para lavagem.

15 – Os cassetes com material para análise serão colocados em vidro com formol a 10% identificado com o numero da autopsia e o nome do médico.

16 – A sala de autópsia deverá ser limpa, pelo auxiliar de necrópsia e o lixo colocado em saco plástico e encaminhado ao lixo hospitalar seguindo as normas da vigilância sanitária.

17 – Os pesos anotados na lousa, são transferidos para o livro de pesos da sala de autópsia.

18 – A funerária é avisada para buscar o corpo.

19 – A retirada do corpo pela funerária é feita juntamente com a Declaração de óbito. Se o corpo não for entregue imediatamente após o exame será colocado na câmara frigorífica.

20 – A Declaração de óbito após preenchimento pelo médico, serão encaminhadas aos seus respectivos destinatários.

**ESTE POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO E FORMULÁRIOS DO SVOR – CASCAVEL SERÁ REVISADO E ATUALIZADO EM 01 (UM) ANO.**

Elaborado por: Sérgio Nascimento Pereira Data: 01/08/2016	Revisado por: SESA Data: 00/00/2016	Aprovado por: HUOP Data: 00/00/2016
--	--	--

**FORMULÁRIOS  
DO SVOR  
CASCAVEL**



# SVOR – CASCAVEL

## SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS REGIONAL CASCAVEL

### GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER

Nº \_\_\_\_\_

Cadáver destinado ao  
 SVO  IML

**I RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO**

Natureza do óbito  Morte natural  Causa Externa

Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nome do Hospital / PS: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Distrito Administrativo / Bairro: \_\_\_\_\_

**II IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER**

Óbito  Fetal (natimorto)  Não fetal

Nº Registro (Hospital/PS): \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  Anos  Meses  Dias  Horas  Minutos  Ignorado

Escolaridade (nível/última série concluída)

Sem escolaridade  Médio (antigo 2º grau)  Ignorado  Série

Fundamental I (1ª a 4ª Série)  Superior incompleto

Fundamental II (5ª a 8ª Série)  Superior completo

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço resid.: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Distrito Adm./Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**III ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL**

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

**IV ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO**

**Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano – informações sobre a mãe**

Idade \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Sem escolaridade  Médio (antigo 2º grau)  Ignorado  Série

Fundamental I (1ª a 4ª Série)  Superior incompleto

Fundamental II (5ª a 8ª Série)  Superior completo

Ocupação Habitual (se aposentada/desempregada, informar anterior)

Número de Filhos Tidos: Nascidos \_\_\_\_\_ Perdas fetais \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

Nº semanas de gestação \_\_\_\_\_

Tipo de Gravidez:  Única  Dupla

Tipo de Parto:  Vaginal  Cesáreo

Morte em Relação ao Parto:  Antes  Durante  Depois  Ignorado

Peso ao Nascer: \_\_\_\_\_ Gramas

Número da Declaração Nascido Vivo: \_\_\_\_\_

**V ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNA**

Tipo  Acidente  Suicídio (autoagressão)  Agressão por Terceiros  Evento de Intenção Indeterminada  Intervenção Legal

**Acidentes**

Acidente de trânsito (informação sobre a vítima)  Pedestre  Condutor  Passageiro  Ignorado

Veículos envolvidos no acidente:  Bicicleta  Motocicleta  Automóvel  Ônibus  Outro: \_\_\_\_\_  Ignorado

Queda:  Laje  Andaime  Mesmo nível  Outro Tipo: \_\_\_\_\_

Afogamento  Fogo/incêndio  Intoxicação  Choque elétrico  Outro: \_\_\_\_\_

**Suicídio**

Intoxic./Enven. \_\_\_\_\_

Enforcamento  Precipitação de lugar elevado  Arma de fogo  Outro: \_\_\_\_\_

**Agressão por terceiros**

Arma de fogo  Arma branca  Asfixia  Uso de força corporal  Outros meios: \_\_\_\_\_  Ignorado

Local onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão  Via Pública  Domicílio  Trabalho  Outro  Ignorado

Acidente de trabalho  Sim  Não  Ignorado

**VI INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO**

Condição do paciente/falecido  Chegou sem vida ao serviço  Faleceu ao receber os Primeiros Socorros

Faleceu durante o Internação: \_\_\_\_\_ dias  Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta

Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: \_\_\_\_\_

Síntese da História Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): \_\_\_\_\_

**VII ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS**

Clínico ou Cirúrgico: \_\_\_\_\_

Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML):  Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_

Causa(s) possível do Óbito: \_\_\_\_\_

**VIII**

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura



## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento esclarecido e na melhor forma de direito, eu, \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, identidade nº: \_\_\_\_\_, sendo (parentesco) \_\_\_\_\_ do falecido, autorizo a realização do exame de autópsia em \_\_\_\_\_, que faleceu em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Neste mesmo ato, declaro estar ciente e de que fui informado e concordo com todos os procedimentos necessários para realização do exame de autópsia, conforme descrito no verso deste documento.

**Cascavel - PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PAI / MÃE / RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA TESTEMUNHA

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



## TERMO DE RECUSA INFORMADO E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Recusa Informado e Esclarecido, eu,

\_\_\_\_\_  
estado civil: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, identidade  
nº: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na  
\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_

sendo (parentesco) \_\_\_\_\_ do falecido, não autorizo a realização  
do exame de autópsia em \_\_\_\_\_,  
que faleceu em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas.

Declaro estar ciente e de que fui informado dos procedimentos necessários  
para realização do exame de autópsia, conforme descrito no verso deste  
documento e que o SVOR-Cascavel não emitirá a Declaração de Óbito.

Cascavel - PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PAI / MÃE / RESPONSÁVEL LEGAL

NOME: \_\_\_\_\_

Expliquei todo o procedimento que deve ser realizado no falecido para que o  
SVOR-Cascavel possa conhecer a causa da morte e assim emitir a D.O. -  
Declaração de Óbito. Por não concordar com a realização da autópsia, o  
responsável deverá providenciar que um médico faça o preenchimento da D.O.,  
para proceder o Registro do Óbito e o seu sepultamento.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA INFORMANTE

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



# SVOR - CASCAVEL

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS REGIONAL CASCAVEL

## HISTÓRIA PREGRESSA

Número do V.O. \_\_\_\_\_.

Nome do falecido: \_\_\_\_\_.

Responsável: \_\_\_\_\_.

Parentesco: \_\_\_\_\_.

- 01- Sofria de diabetes?.....  Sim  Não
- 02- Apresentava asma?.....  Sim  Não
- 03- Sofria de bronquite crônica?.....  Sim  Não
- 04- Havia suspeita de AIDS?.....  Sim  Não
- 05- Sofria de epilepsia (ataques)?.....  Sim  Não
- 06- Fumante?.....  Sim  Não
- 07- Suspeita de envenenamento?.....  Sim  Não
- 08- Foi caso de erro médico?.....  Sim  Não
- 09- É caso de homicídio, suicídio ou acidente?.....  Sim  Não
- 10- Tomava bebida alcoólica?.....  Sim  Não
- 11- Sofreu acidente relacionado com a morte?.....  Sim  Não
- 12- Sofria de alguma doença? \_\_\_\_\_

13- Tomava medicamento? \_\_\_\_\_

14- Cirurgia? \_\_\_\_\_

15- Como ocorreu o óbito? \_\_\_\_\_

Cascavel - PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

Nome: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AUTORIZAÇÃO DE NECRÓPSIA FETAL

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_

declaro ter sido informado(a) claramente sobre o procedimento de realização de necropsia fetal solicitado.

O exame de necrópsia consiste na inspeção externa e na avaliação interna dos órgãos, sendo que para maiores conclusões diagnósticas o médico pode precisar retirar uma amostra dos órgãos para posterior exame histológico dos tecidos no microscópio.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Declaro estar ciente e concordo com todos os procedimentos necessários para a boa realização e conclusão do exame solicitado.

Autorizo que material (sangue/pele) sejam coletado para realização de exame de cariótipo;

Autorizo que material (sangue/pele) sejam coletado para extração de DNA;

Autorizo que seja registrado documentação fotográfica do feto e dos órgãos internos de interesse para a conclusão diagnóstica;

Por fim, expresso que minha concordância é de livre e espontânea vontade, pelo que autorizo o procedimento de autópsia.

Cascavel - PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

Nome: \_\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

CRM nº: \_\_\_\_\_



# REQUERIMENTO DE LAUDO NECROSCÓPICO

AUTÓPSIA Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ao  
SVOR do HUOP - Serviço de Verificação de Óbitos Regional do  
Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

Eu, \_\_\_\_\_  
(grau de parentesco) \_\_\_\_\_ de (nome do  
falecido): \_\_\_\_\_

solicito o Laudo do Exame Necroscópico realizado no dia  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Cascavel - PR, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
assinatura

R.G.: \_\_\_\_\_ Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fone: (    )



# FORMULÁRIO DO SVOR - CASCAVEL ÓBITO POR CAUSA MAL DEFINIDA OU DE INTERESSE DE SAÚDE PÚBLICA

1-Nº da ficha:	2-Nº do SVOR:	3-Nº da DO:
<b>I - IDENTIFICAÇÃO</b>		
4-Data de admissão: __/__/____		5-Ano:
6-Nome:		
R.G.:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:
9-Raça/Cor: ( ) (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela		
7-Data de Nascimento: __/__/____	8-Sexo: ( ) 1-masculino 2-feminino	Idade:
10-Escolaridade:	11-Ocupação:	
12-Estado Civil: ( ) 1-Solteiro(a) 2-Casado(a) 3-Viúvo(a) 4-Divorciado(a) 5- Outro _____		
13-Nome da Mãe:		
14-Endereço:		15-Fone: ( )
16-Bairro:	17- Cidade:	18- UF:
<b>II - HISTÓRICO</b>		
19-Local de ocorrência do óbito: ( ) (1)Hospitalar (2)Outra Unidade de Saúde (3)Domicílio (4)Via Pública		
20-Município de ocorrência:		21-Bairro:
22-Unidade Hospitalar/Estabelecimento de Saúde:		
23-Tempo de permanência na unidade: ____ dias	24-Com assistência médica: ( ) 1-sim 2-não	
25-Data do óbito: __/__/____	26-Hora do óbito: ____h ____min	
27-Resumo da Ocorrência Hospitalar/ Dados clínicos:		
28-Exames realizados:		
29- Hipótese Diagnóstica (Possível Causa Determinante do Óbito):		
30- É doença/evento de Notificação Compulsória: ( ) 1 - sim 2- não		
31- É doença/evento de interesse para saúde pública:( ) 1 - sim 2- não		
32- Fone: ( )		
_____ Assinatura/carimbo c/ CRM:		



# AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE CADAVER e

## GUIA DE TRANSITO DE CADAVER

AUTÓPSIA Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorização necessária para a remoção e transporte de cadáver vítima de morte natural, para o SVOR - Serviço de Verificação de Óbitos - Cascavel:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DP: \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_:\_\_\_\_

Nome do falecido: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos / Sexo: M( ) F( ) / Côm: \_\_\_\_\_

Endereço do local da remoção: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Responsável pela solicitação (familiar ou conhecido): Nome: \_\_\_\_\_

Identidade n.º \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_

Data da expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

O responsável pela solicitação deverá comparecer ao S.V.O. munido desta solicitação assinada pela autoridade policial e todas as informações médicas disponíveis (exames, receitas, atestados, etc...)

\_\_\_\_\_  
NOME / MATRÍCULA ASSINATURA

OBS.: Solicitações oriundas das delegacias policiais, deve o documento ser assinado pela autoridade policial, solicitando a atuação do SVO e autorizando a remoção do corpo. Evita-se assim um possível desfazimento de um local de crime.



# SVOR - CASCAVEL

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS REGIONAL CASCAVEL

## LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA

RELATÓRIO DE NECRÓPSIA REG. N.º \_\_\_\_/\_\_\_\_

### A - IDENTIFICAÇÃO:

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

TERMO DE RECONHECIMENTO Nº \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_ DO FALECIDO.

### B - INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL:

DATA DA OCORRÊNCIA DO ÓBITO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

PATOLOGIAS PREGRESSAS: \_\_\_\_\_

TRATAMENTOS REALIZADOS E MEDICAÇÕES USADAS: \_\_\_\_\_

EXAMES DISPONÍVEIS: \_\_\_\_\_

CIRCUNSTÂNCIAS: \_\_\_\_\_

**C - NECROPSIA:**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ INÍCIO: \_\_\_\_:\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**D - EXAME EXTERNO:**

SEXO: Masculino  Feminino  IDADE APARENTE: \_\_\_\_\_ anos

CÔR: Branca  Preta  Parda

ESTATURA: \_\_\_\_\_ metros.

COMPLEIÇÃO FÍSICA: \_\_\_\_\_

OLHOS: \_\_\_\_\_

CABELOS: \_\_\_\_\_

DENTES: \_\_\_\_\_

BARBA/BIGODE: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS PARTICULARES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E - SINAIS EXTERNOS SUGESTIVOS:**

CABEÇA E PESCOÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TORAX: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ABDOMEN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REGIÃO DORSAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REGIÃO LOMBAR E GLÚTEA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERÍNEO/GENITÁLIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MEMBROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F - EXAME INTERNO:**

CAVIDADE CRANIANA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

OROFARINGE E PESCOÇO: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

CAVIDADE TORACICA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ESPAÇO RETRO-PERITONEAL: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

MUSCULATURA: - \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

ESQUELETO: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVAÇÕES E EXAMES COMPLEMENTARES: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

D.O. N.º \_\_\_\_\_

<b>G - DIAGNOSTICO MACROSCOPICO:</b>	
I -	A) _____ B) _____ C) _____ D) _____
II -	_____ _____

<b>H - DIAGNÓSTICO APÓS EXAMES COMPLEMENTARES:</b>	
I -	A) _____ B) _____ C) _____ D) _____
II -	_____ _____

ANEXO(S) A ESTE LAUDO DE NECRÓPSIA DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO.

- Anexo I
- Anexo II
- Anexo III
- Anexo IV

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO



# SVOR - CASCAVEL

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL

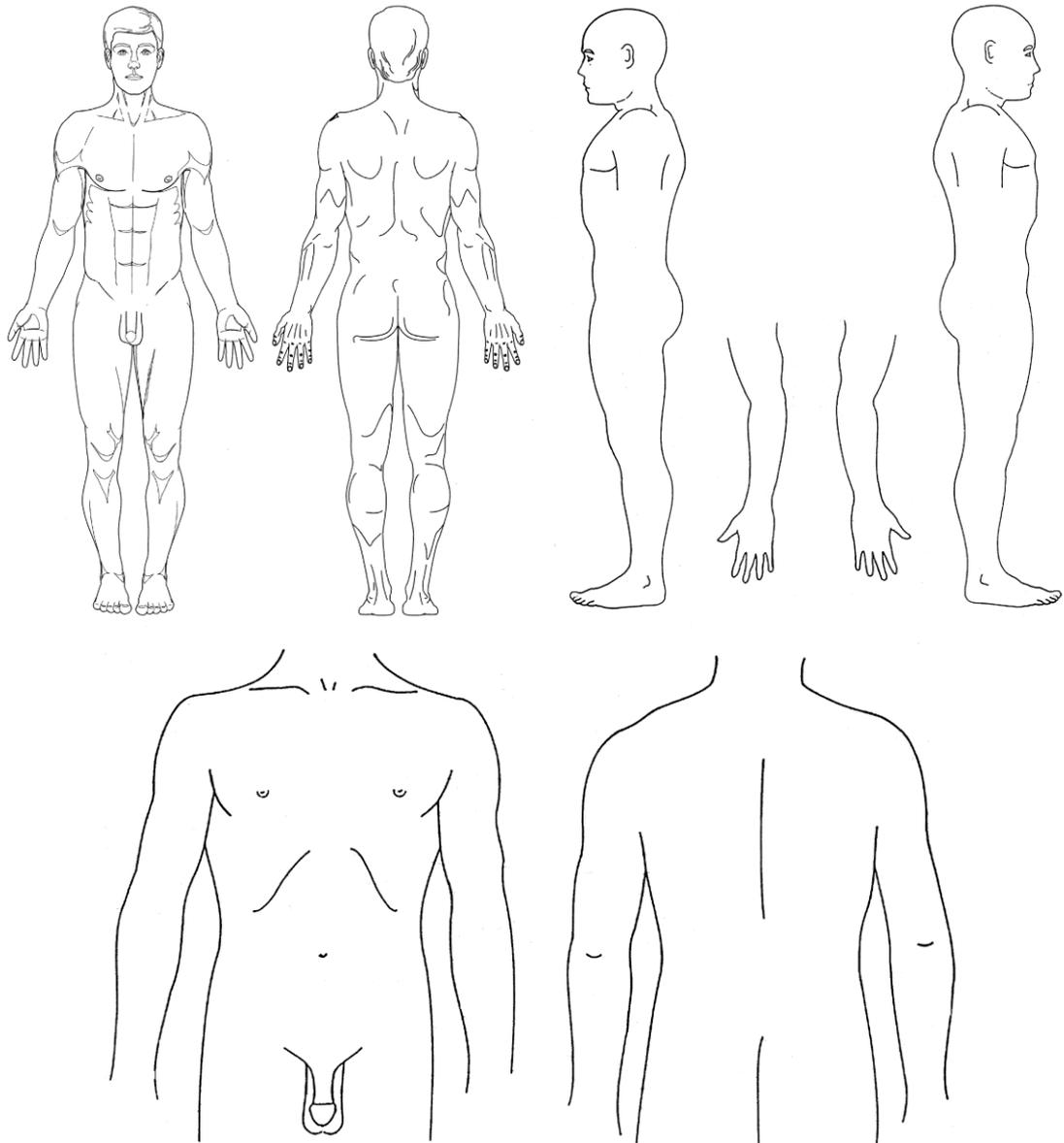
## LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA

RELATÓRIO DE NECROPSIA REG. N.º \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### A - IDENTIFICAÇÃO:

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

### ANEXO I





# SVOR - CASCAVEL

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL

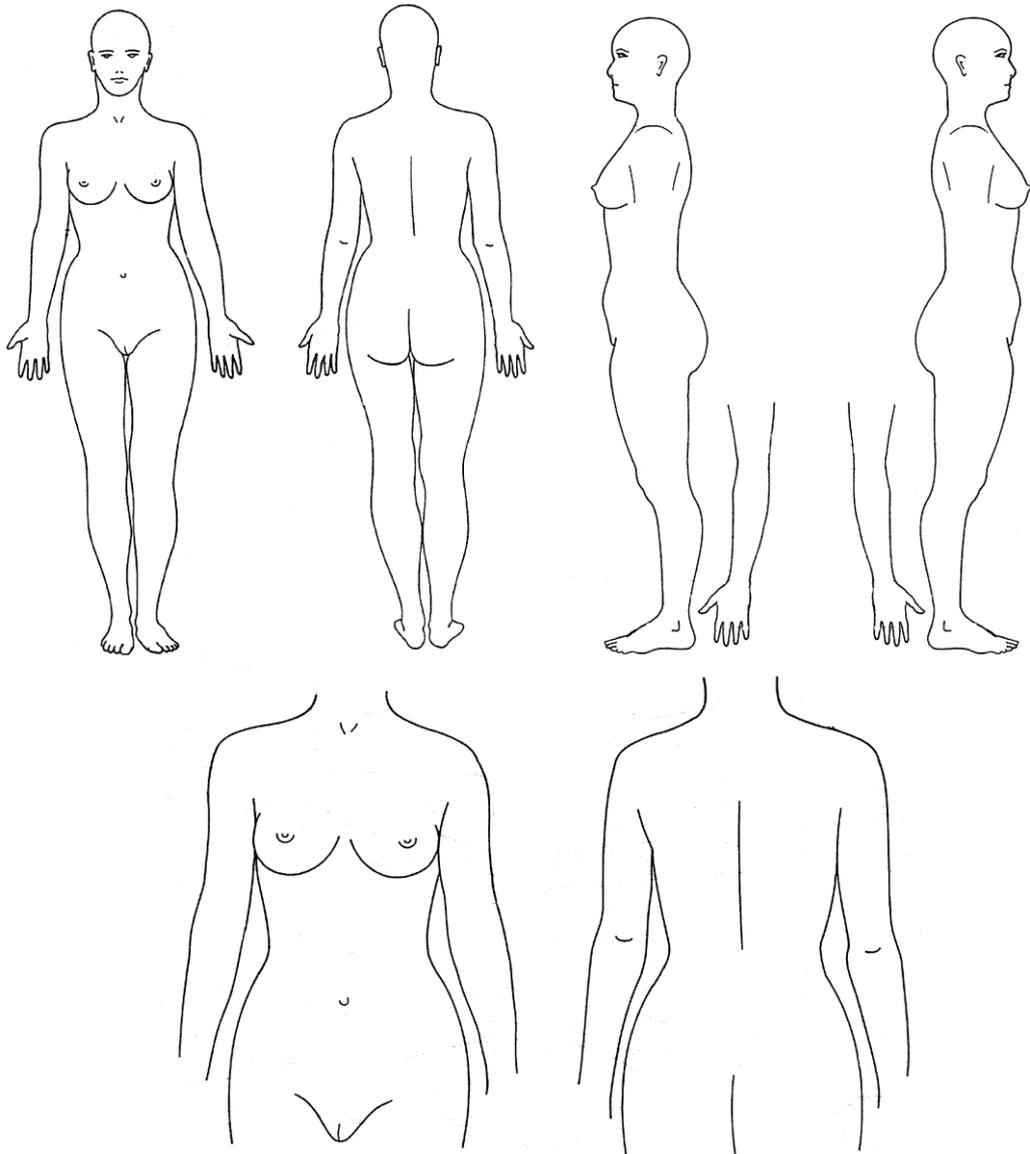
## LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA

RELATÓRIO DE NECROPSIA REG. N.º \_\_\_\_/\_\_\_\_

A - IDENTIFICAÇÃO:

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

### ANEXO I





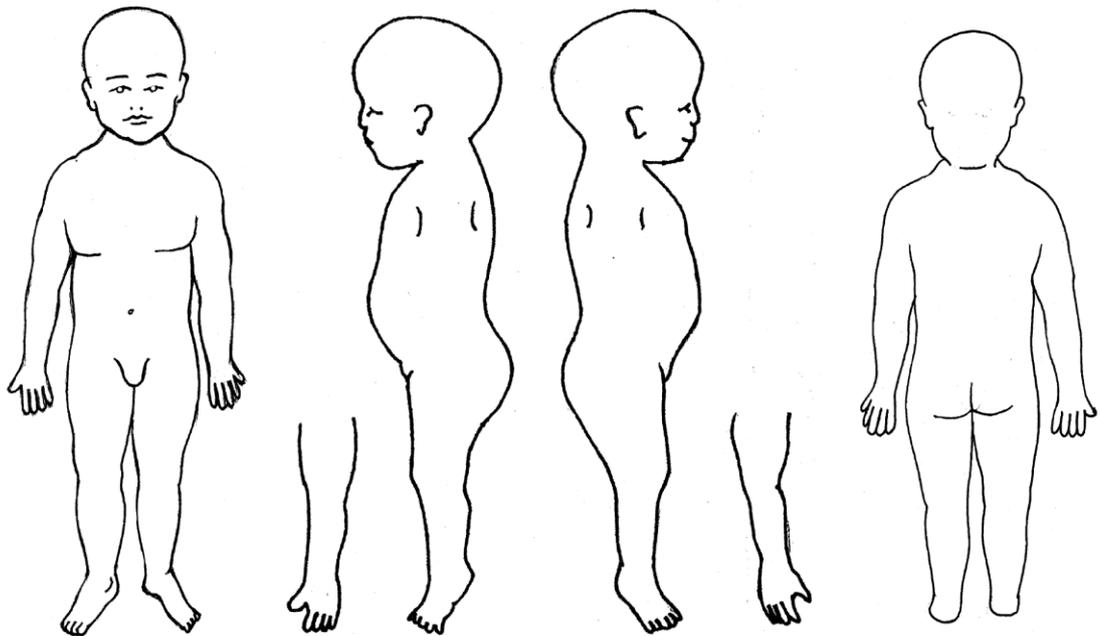
**SVOR - CASCAVEL**  
SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL  
**LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA**

RELATÓRIO DE NECROPSIA REG. N.º \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A - IDENTIFICAÇÃO:**

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

**ANEXO I**





# SVOR - CASCAVEL

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL

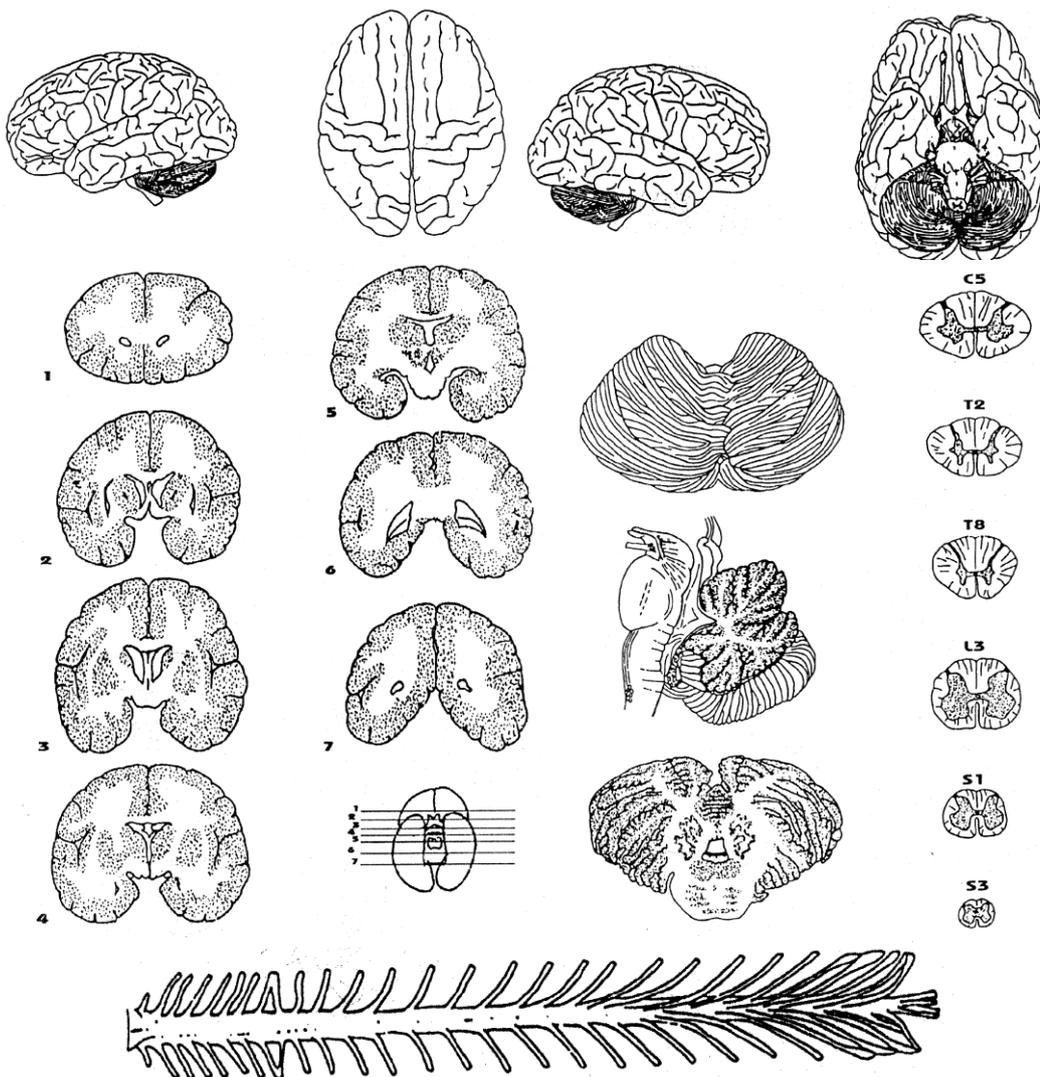
## LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA

RELATÓRIO DE NECROPSIA REG. N.º \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A - IDENTIFICAÇÃO:

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

### ANEXO II





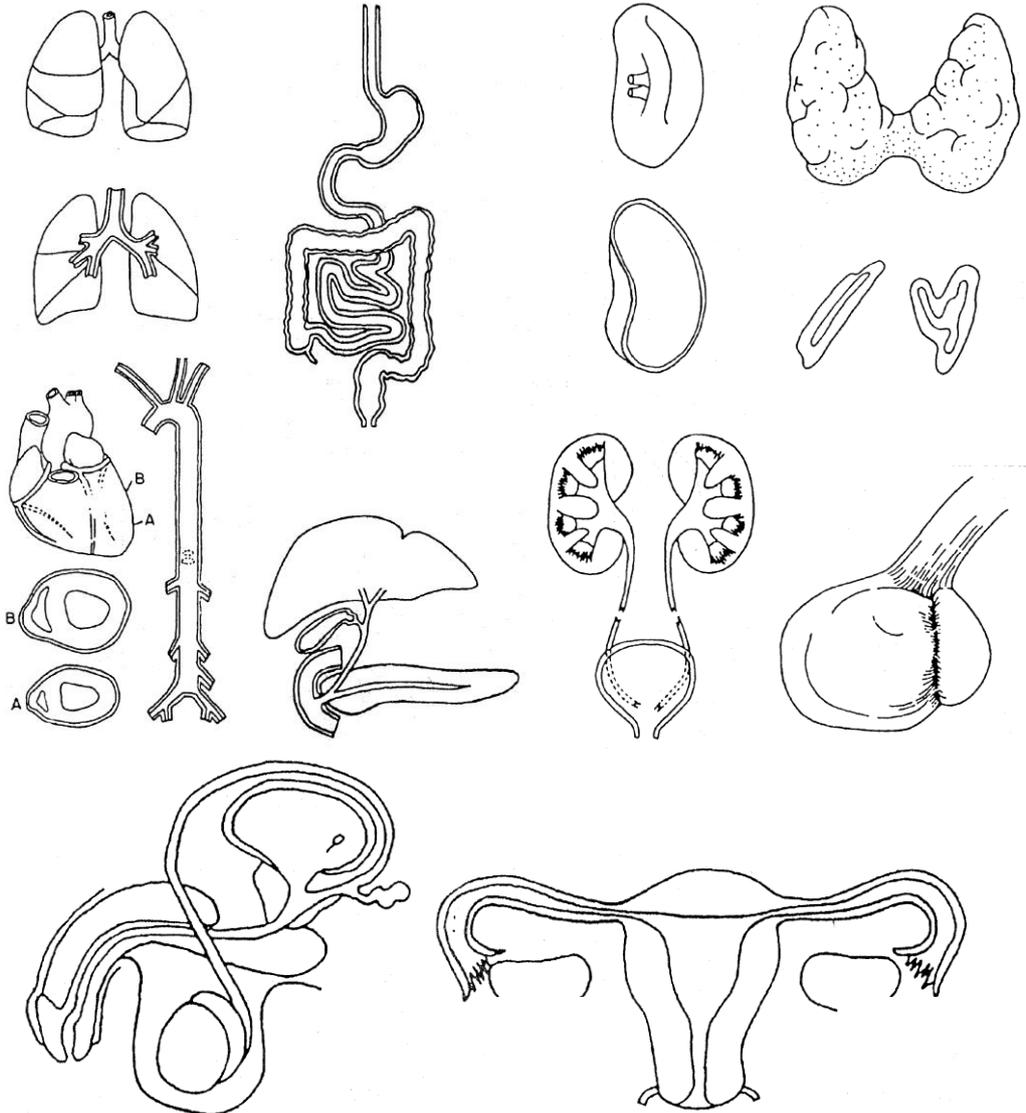
**SVOR - CASCAVEL**  
SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL  
**LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA**

RELATÓRIO DE NECROPSIA REG. N.º \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A - IDENTIFICAÇÃO:**

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

**ANEXO III**





# SVOR - CASCAVEL

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS CASCAVEL

## LAUDO DE EXAME DE NECRÓPSIA

RELATÓRIO DE NECROPSIA REG. N.º \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A-IDENTIFICAÇÃO:

CADÁVER DE: \_\_\_\_\_

### ANEXO IV

