



## FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE CORPO AO SVO

### IDENTIFICAÇÃO

Nome do (a) falecido (a):				( ) Em situação de rua	
DN ____/____/____	Idade	Sexo F ( ) M ( )	Naturalidade:	UF:	
Nome da Mãe:			Município de residência:	UF:	

### DADOS DA INTERNAÇÃO/ÓBITO

Identificação (Hospital, Unidade de Saúde):	Município:	Nome do (a) Responsável pela internação:			
Óbito na Emergência: ( ) sim ( ) não	Data da internação: ____/____/____	Período de internação: ____ dia(s)			
Motivo da internação:					

Comorbidades:	Coletado exame para COVID-19: ( ) sim ( ) não
	Demais exames realizados/Conclusão:

Data do óbito: ____/____/____	Horário do Óbito: ____ horas	Provável causa do óbito:
Horário de encaminhamento do corpo ao SVO: ____ horas		

Resumo do ocorrido:
---------------------

### **CASOS COM SUSPEITA/CONFIRMADO DE COVID-19: VERIFICAR A NECESSIDADE DE ENCAMINHAR O CORPO AO SVO, CONSIDERANDO:**

- A Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 004/2020, atualizada e publicada em 21/03/2020,
- As recomendações do “Manual de Manejo de Corpos no Contexto do Novo Coronavírus - COVID-19 e outras questões gerais acerca desses óbitos” - versão 1, publicado em 23/03/2020 pelo Ministério da Saúde/MS,
- A Nota Técnica Conjunta nº, 025/2020 – DIVS/DIVE/SUV/SES/SC que trata das Orientações para Prevenção de Contágio pelo Novo Coronavírus (COVID-19) Pós-Óbito para Atividades de Necrotérios, Funerárias, Cremação, Serviço de Verificação de Óbito, Transladação de Cadáveres e Velórios no Estado de Santa Catarina, publicada em 29/03/2020, onde destacamos:  
“**Recomenda-se que os serviços de saúde públicos e privados NÃO enviem casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO)**”...  
”**Diante da necessidade do envio de corpos ao SVO, deve ser realizada a comunicação prévia ao gestor do serviço para certificação de capacidade para o recebimento**”  
...”**As autópsias em cadáveres de pessoas que morrem com doenças causadas por patógenos das categorias de risco biológicos 2 ou 3 expõem a equipe a riscos adicionais. Por isso, devem ser evitadas**”

____/____/____	_____ Médico Responsável pelo encaminhamento (Assinatura/carimbo)
----------------	--