|  |  |
| --- | --- |
| **GOVERNO DO ESTADO DO ESP SANTO**  **LOGOMARCA DO HOSPITAL** | **PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE CORPOS**  **PARA EXAME NECROSCÓPICO NO**  **SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS** |
| **Encaminhamento: IML ( ) SVO ( )** | |
| **A SER PREENCHIDA PELA INSTITUIÇÃO:** | |
| **I – DADOS DO SOLICITANTE:** | |
| INSTITUIÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CLÍNICA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL(S) CONTATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  MÉDICO SOLICITANTE E CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **II – DADOS SOBRE O FALECIDO:** | |
| NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SEXO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA DA INTERNAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NÚMERO DO PRONTUÁRIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIA E HORARIO DO OBITO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **III – TRANSPORTE DO CORPO:** | |
| SAÍDA DA INSTITUIÇÃO/ DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  EMPRESA RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  MOTORISTA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO MOTORISTA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE** | |
| **IV - HISTÓRICO:**  **CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO:** | |
| **V – EVOLUÇÃO:** | |
| **VI – PROCEDIMENTOS E/0U EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS:** | |
| **VII – HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):** | |
| **MÉDICO SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CRM:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DATA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | |

**ENVIAR EM FOLHA ANEXA OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS.**

**NOS CASOS DE ÓBITOS FETAIS E/OU RECEM NASCIDOS ENCAMINHAR PLACENTA JUNTAMENTE COM O CORPO.**