|  |  |
| --- | --- |
| **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.**