



**Prefeitura de Jundiá**

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Guia de Encaminhamento  
de Cadáver**

1º VIA: SVO/IML  
2º VIA: PRONTUÁRIO  
3º VIA: DEL. DE POLÍCIA

Cadáver destinado ao  
 SVO  IML

RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO	Natureza do Óbito: <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Causa externa		Data do óbito ____/____/____		Horário: ____:____	
	Nome do Hospital / PS:				CNES:	
	Endereço:					
IDENTIFICAÇÃO DO CADÁVER	Fone: _____ Distrito Administrativo / Bairro: _____					
	Óbito: <input type="checkbox"/> Fetal (Natimorto) <input type="checkbox"/> Não Fetal / N° Registro (Hospital / PS):		RG:			
	Nome:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
	Data Nasc: / /		Idade: _____ Anos <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Minutos <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>			
	Escolaridade: (nível / última série concluída)				Ocupação Habitual	
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º Grau)		<input type="checkbox"/> Superior Incompleto		(se aposentada/desempregada, informar anterior)	
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)		<input type="checkbox"/> Superior Completo			
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série			
	Filiação: Mãe: _____					
	Endereço resid: _____ nº _____ Compl.: _____					
Cep: _____ Distrito Adm./Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____						
ÓBITOS DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	<b>Óbito de Mulheres em Idade Fértil: a morte ocorreu</b>					
	<input type="checkbox"/> na gravidez <input type="checkbox"/> no parto <input type="checkbox"/> no aborto <input type="checkbox"/> até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> de 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> Ignorado					
ÓBITOS FETAIS E EM MENORES DE 1 ANO	<b>Preenchimento Exclusivo para Óbitos Fetais e de Menores de 1 Ano - Informações sobre a Mãe</b>					
	Idade: (anos) _____					
	Escolaridade: (nível / última série concluída)				Ocupação Habitual	
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º Grau)		<input type="checkbox"/> Superior Incompleto		(se aposentada/desempregada, informar anterior)	
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)		<input type="checkbox"/> Superior Completo			
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Série			
	Número de filhos Tidos		Nº semanas de gestação		Morte em relação ao parto	
	Nascidos _____ Perdas Fetais _____		de _____		<input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Vaginal	
	Vivos _____ Abortos _____		de _____		<input type="checkbox"/> Tripla e Mais <input type="checkbox"/> Cesáreo	
	<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Ignorado	
				Peso ao Nascer _____ gramas		
				Nº da Declaração Nascido Vivo _____		
ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS	Tipo: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (autoagressão) <input type="checkbox"/> Agressão por terceiros					
	<input type="checkbox"/> Evento De Intenção Indeterminada <input type="checkbox"/> Intervenção Legal					
	<b>Acidentes:</b>					
	<input type="checkbox"/> Acidentes de Trânsito (Informações sobre a vítima): <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado					
	Veículos Envolvidos no Acidente: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Queda: <input type="checkbox"/> Laje <input type="checkbox"/> Andaime <input type="checkbox"/> Mesmo Nível <input type="checkbox"/> Outro Tipo: _____					
	<input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Fogo/Incêndio <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____					
	<b>Suicídio:</b>					
	<input type="checkbox"/> Instrumento ou Meio Utilizado <input type="checkbox"/> Intoxic./Enven. Susbtância:					
	<input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de lugar elevado <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____					
<b>Agressão por Terceiros:</b>						
<input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/> Uso de força Corporal <input type="checkbox"/> Outros meios: _____						
Local onde ocorreu o Acidente, Suicídio ou Agressão: <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ignorado						
Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado						
<b>*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DO VERSO</b>						

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO	<b>Condição do Paciente/Falecido:</b> <input type="checkbox"/> Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> Faleceu ao receber os primeiros socorros <input type="checkbox"/> Faleceu durante a internação: ___ dias <input type="checkbox"/> Natimorto ou criança cujo nascimento e óbito ocorreu no Hospital sem alta
	<b>Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar no hospital:</b>      
	<b>Síntese da história clínica e exames complementares de relevância (com cronologia):</b>         
ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL/PS	<b>Clínico ou Cirúrgico:</b>      
<b>Retirada de Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML):</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo:	
<b>Médico Responsável:</b> _____ <b>Data:</b> ___/___/___	
Carimbo e Assinatura	