



DECRETO Nº 33510

de 23 de junho de 2016.

Estabelece as competências e normas para a execução do Serviço de Verificação de Óbitos no Município de Guarulhos.

SEBASTIÃO ALMEIDA, PREFEITO DA CIDADE DE GUARULHOS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XIV, do artigo 63, da Lei Orgânica do Município de Guarulhos e considerando o que consta do processo administrativo nº 24.570/2012;

DECRETA:

Art. 1º O Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) integra a Seção Técnica de Verificação de Óbitos do Departamento de Vigilância em Saúde, da Secretaria da Saúde.

Art. 2º O SVO será de responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde, que poderá conveniar-se, após chamamento público, com faculdades relacionadas à área da saúde ou com outros órgãos, públicos ou privados, que sejam de interesse para o bom desenvolvimento do serviço.

§ 1º Os cadáveres não reclamados após 72 horas da necropsia junto ao SVO, poderão ser entregues a instituições de ensino superior, conforme Lei Federal nº 8.501/92, que dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado para fins de estudo ou pesquisa científica, por meio da realização de convênio, cujas condições e cláusulas serão definidas por meio de portaria da Secretaria da Saúde do Município de Guarulhos.

§ 2º Será permitido ao SVO ceder campos de estágio conforme definido pelo SUS e seguindo as diretrizes pré-definidas pela Secretaria da Saúde.

Art. 3º Compete ao Serviço de Verificação de Óbitos, desde que a morte tenha ocorrido no território do Município de Guarulhos ou em Municípios conveniados, nos termos do artigo 12 deste Decreto:

I - realizar necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem ou com assistência médica (sem elucidação diagnóstica), inclusive os casos encaminhados pelo Instituto Médico Legal (IML);

II - transferir ao IML os casos:

a) confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia;

b) em estado avançado de decomposição; e

c) de morte natural de identidade desconhecida;

III - comunicar ao órgão municipal competente os casos de corpos de indigentes e/ou não-reclamados, após a realização da necropsia, para que seja efetuado o registro do óbito (no prazo determinado em lei) e o sepultamento;

IV - proceder às devidas notificações aos órgãos municipais e estaduais de epidemiologia;

V - garantir a emissão das declarações de óbito dos cadáveres examinados no serviço, por profissionais da instituição ou contratados para este fim, em suas instalações;

VI - encaminhar, mensalmente, ao gestor da informação de mortalidade

local (gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade):

- a) lista de necropsias realizadas;
- b) cópias das Declarações de Óbito emitidas na instituição; e
- c) atualização da informação da(s) causa(s) do óbito por ocasião do seu esclarecimento, quando este só ocorrer após a emissão deste documento.

§ 1º É sugerido que o cadáver venha acompanhado da Guia de Encaminhamento de Cadáver, anexo II, ou formulário com mesmo teor para o devido direcionamento da necropsia.

§ 2º O SVO deve conceder absoluta prioridade ao esclarecimento da causa mortis de casos de interesse da vigilância epidemiológica e óbitos suspeitos de causa de notificação compulsória ou de agravo inusitado à saúde.

Art. 4º O acondicionamento de cadáveres necropsiados deverá obedecer às legislações sanitária e epidemiológica federal e estadual vigentes.

Art. 5º Os corpos encaminhados ao SVO somente serão restituídos às famílias após necropsia, com declaração de óbito fornecido por esse serviço.

Parágrafo único. No caso de apresentação de duas declarações de óbito para o mesmo corpo, será considerado válido aquele expedido pelo SVO, após a realização da necropsia.

Art. 6º O SVO deverá, obrigatoriamente:

I - funcionar de modo ininterrupto e diariamente, para recolhimento, recepção e liberação de corpos e necropsia, podendo a área técnica dispor de horários com intervalos de necropsias distribuídas durante as 24 horas do dia, tendo em vista a realização de necropsia após 6 horas do óbito, conforme o art. 162 do Código Processual Penal (CPP), salvo se o médico julgar que possa ser feita antes desse prazo;

II - atender à legislação sanitária vigente;

III - adotar as medidas de biossegurança pertinentes para garantir a saúde dos trabalhadores e usuários do serviço; e

IV - contar com serviço próprio de remoção de cadáveres para viabilizar o fluxo e o cumprimento de suas competências.

Art. 7º A responsabilidade técnica do SVO compete a um médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

§ 1º Caberá ao médico do SVO o fornecimento de declaração de óbito nas necropsias a que proceder.

§ 2º Os exames necroscópicos só poderão ser realizados nas dependências do SVO, por médico preferencialmente patologista.

Art. 8º Os exames histopatológicos, hematológicos, bioquímicos, de microbiologia, toxicológicos, sorológicos e imuno-histoquímicos poderão ser realizados fora das dependências do SVO, em laboratórios públicos ou privados, contratados ou conveniados pela Secretaria da Saúde.

Parágrafo único. Nos casos previstos neste artigo, o laboratório estará submetido às normas técnicas e éticas vigentes.

Art. 9. O quadro essencial de profissionais para execução das necropsias será composto de médico patologista, preferencialmente, técnico de saúde/ necropsia, agente de serviços de saúde/ necropsia, motorista e servidor administrativo.

Art. 10. Para a retirada do corpo, procedimento pós-necropsia, será necessária a presença de uma pessoa apta, maior de idade, preferencialmente familiar de 1º ou 2º grau (pais, filhos, irmãos, avós e netos) ou cônjuge/ companheiro (a), com o devido documento que comprove o vínculo de parentesco, sendo nestes últimos casos a certidão de casamento ou certidão de nascimento de filho em comum, ou, na ausência desses, parente de 3º grau (tio e sobrinho), com documentação que comprove o grau de parentesco e do próprio documento de identificação (RG, carteira de trabalho, carteira de habilitação, carteira de classe profissional, passaporte, etc.) e, quando possível, comprovante de endereço em nome do falecido ou da pessoa com quem morava.

§ 1º Na falta de pessoas competentes mencionadas no caput deste artigo, a liberação do cadáver será autorizada, pela chefia imediata da Seção Técnica de Verificação de Óbitos, à pessoa próxima que apresente todos os documentos necessários, além das informações fundamentais para o assentamento do óbito, assinando a “Declaração de responsabilidade para inumação”, conforme Anexo IV.

§ 2º A liberação de natimortos será autorizada para a genitora e/ou para o genitor, devidamente com os documentos de identificação. Na ausência destes, poderá realizar a liberação os parentes em linha reta (leia-se: avós) e os parentes em linha reta colateral até o 3º grau (leia-se: irmãos e tios/ sobrinhos), desde que com o documento de identificação original da mãe do natimorto.

Art. 11. Será imprescindível para a retirada do cadáver no necrotério a assinatura do “Termo de Registro de Saída de Cadáver/ Termo de Reconhecimento”, Anexo I, e apresentação da Certidão de Óbito registrada no respectivo Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais, considerando o art. 77 da Lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973.

Parágrafo único. Em dias e horários de não funcionamento dos cartórios, os familiares apresentarão o documento de provimento do serviço funerário contratado, obrigando-se a registrar a declaração de óbito em até 15 dias corridos, conforme art. 78 da Lei Federal nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, assinando a “Declaração de Responsabilidade de Registro de Declaração de Óbito”, Anexo III.

Art. 12. Fica o Poder Executivo autorizado a celebrar convênios com outros Municípios para prestar serviço de verificação de óbitos, nos termos da Lei Municipal nº 3218/87, que dispõe sobre convênios com a Secretaria de Segurança Pública e os Municípios indicados e dá outras providências.

Art. 13. As despesas decorrentes da execução do presente Decreto correrão por conta de verbas próprias, consignadas em orçamento, suplementadas se necessário.

Art. 14. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Guarulhos, 23 de junho de 2016.

SEBASTIÃO ALMEIDA
Prefeito Municipal

CARLOS CHNAIDERMAN

Secretário da Saúde

Registrado no Departamento de Relações Administrativas, da Secretaria do Governo Municipal, da Prefeitura do Município de Guarulhos e afixada no lugar público de costume aos vinte e três dias do mês de junho de dois mil e dezesseis.

ADRIANA GALVÃO FARIAS

Diretora do Departamento de
Relações Administrativas

Publicado no Diário Oficial do Município em 24 de junho de 2016.



ANEXO I

REGISTRO DE ENTRADA DE CADÁVER

SETOR: NECROTÉRIO

Funcionários: _____

Viatura: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____ h ____ min

Nome do cadáver: _____

Número do cadáver: ____/____

Vestes: _____

Termo de ciência do destino das vestes

Eu, _____, RG n.º _____, estou ciente quanto ao destino que será dado às vestes do falecido(a) _____, caso n.º ____/____, por medidas de saúde e higiene pública.

Guarulhos, ____ de ____ de ____.

Assinatura do familiar responsável pela retirada do

corpo.

REGISTRO DE SAÍDA DE CADÁVER

SETOR: NECROTÉRIO

Funcionários: _____

Data: ____/____/____ Horário: ____ h ____ min

Nome do cadáver: _____

Número do cadáver: ____/____

Responsável pela liberação: _____ (Nome Legível)

Grau de parentesco: _____ RG: _____


Funerária: _____

Motorista: _____

Placa do veículo: _____ Provimento: _____

Obs.: _____

ANEXO II

 PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARULHOS SECRETARIA DA SAÚDE SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Guia destinada ao <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML
I	Responsável Encaminhamento	Natureza do Óbito: <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Causa Externa Data do Óbito: _____ Hora _____ min Nome do Hospital/ PS: _____ CNES: _____ Endereço: _____ Fone: _____ Distrito Administrativo/ Bairro: _____
II	Identificação do Cadáver	Óbito: <input type="checkbox"/> Fetal (Natimorto) <input type="checkbox"/> Não Fetal N.º 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 Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e + <input type="checkbox"/> Ign Ocupação: _____ (em anos de estudo) Filiação: Mãe: _____ Endereço resid. _____ n.º _____ Compl.: _____ CEP: _____ Distrito Adm./ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Óbito em Mulheres (10 a 49 anos) A morte ocorreu na gravidez, parto ou aborto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado A morte ocorreu durante o puerpério: <input type="checkbox"/> Sim, até 42 dias <input type="checkbox"/> Sim, de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
III	Óbitos Fetais e em menores de 1 ano	Informações sobre a Mãe Ocupação: _____ Idade: _____ Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 7 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e + <input type="checkbox"/> Ign Duração da Gestação: _____ semanas (em anos de estudo) Tipo de Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e + <input type="checkbox"/> Ignorado Tipo de Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Ignorado Peso ao Nascer: _____ gramas n.º Declaração Nascido Vivo _____
IV	Óbitos por Causas Externas	Morbidade Informada: <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio (auto-agressão) <input type="checkbox"/> Agressão por terceiros <input type="checkbox"/> Evento de Intenção Indeterminada Acidente <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito (informação sobre a vítima): <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado Veículo onde estava a vítima: <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Automóvel <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"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro: _____ Suicídio <i>Instrumento ou Meio Utilizado</i> _____ <input type="checkbox"/> Intoxic./ Enven. Substância: _____ <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Precipitação de Lugar Elevado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Outro: _____ Agressão por Terceiros <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: _____ <input type="checkbox"/> Ignorado 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
V	Informações do Serviço Médico	Condição do Paciente/ Falecido: <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 Quadro clínico ou lesões apresentadas ao chegar ao Hospital: _____ _____ Síntese da história Clínica e Exames Complementares de Relevância (com cronologia): _____ _____ _____ (Se necessário, escrever no verso)
VI	Atendimento Realizado no Hospital/ PS	Clinico ou Cirúrgico: _____ _____ Retirada do Corpo Estranho (se retirar, enviar ao IML): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Tipo: _____ Causa(s) possível do Óbito: _____ _____

Médico Responsável: _____
 Assinatura

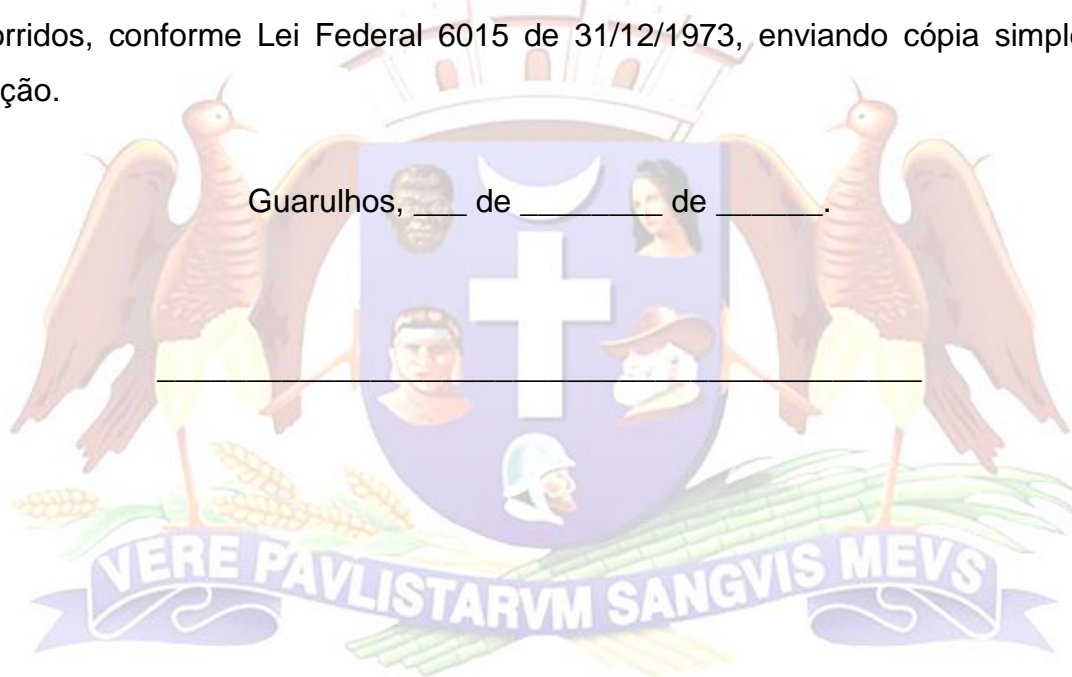
Data: ____/____/____

ANEXO III

Declaração de Responsabilidade de Registro da Certidão de Óbito

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade nº _____, declaro para os devidos fins que tenho sob minha responsabilidade a declaração de óbito nº _____ relativa ao falecimento de _____, expedida pela Seção Técnica de Verificação de Óbitos de Guarulhos, comprometendo-me a providenciar o registro no respectivo Cartório de Registro Civil de Pessoas Naturais no prazo de 15 dias corridos, conforme Lei Federal 6015 de 31/12/1973, enviando cópia simples para esta seção.

Guarulhos, ____ de ____ de ____.



ANEXO IV

Declaração de responsabilidade para inumação

Através do presente, esta gerência nada tem a se opor quanto a inumação de _____, RG _____, filho(a) de _____ e de _____, natural de _____, UF _____, sendo responsável pela inumação o(a) Sr(a) _____, RG _____, endereço _____ sendo _____ (parentesco) da vítima, tendo em vista a ausência de parente próximo.

