1. OBJETIVO: Padronizar o procedimento necroscópico de dissecção do bloco anatômico, do paciente em óbito interno e externo (causas naturais).

2. ABRANGÊNCIA: Área técnica e Equipe médica do Serviço de Verificação de Óbitos – SVO.

3. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS:

3.1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI's): conjunto cirúrgico (calça e blusa de algodão, sendo a blusa de manga longa com punho), avental descartável hidrorrepelente, touca descartável com elástico, respirador peça facial inteira com filtro P2/P95, luvas para procedimentos não cirúrgicos, luvas de borracha de cano longo com sistema de garroteamento, sapatilhas descartáveis (propé), botas de borracha de cano longo.

3.2. Materiais Específicos para o Procedimento: Agulha de sutura em "S" 13 cm; Alicate odontológico; Cabo para bisturi n4; Cizalha Liston reta para osso 19 cm; Costótomo Collin 20 cm; Faca para carne com fio liso 10"; Faca para carne com fio liso 8"; Faca para desossar com fio liso 5"; Faca para desossar com fio liso 6"; Faca para desossar com fio liso 7"; Faca para fiambres com fio liso 12"; Lâmina para bisturi n° 23; Pinça anatômica 18 cm; Pinça Backaus 11 cm; Pinça de dissecção dente de rato 14 cm; Pinça de dissecção dente de rato 18 cm; Pinça Kelly reta 14 cm; Pinça Rochester curva 20 cm; Tesoura enterótomo 21 cm; Tesoura íris curva 12 cm; Tesoura íris reta 12 cm; Tesoura Mayo curva 17 cm; Tesoura Mayo reta 17 cm; Tesoura Metzembaum 17 cm, serra e arco de serra convencional e recipiente apropriado contendo formol 10%.

3.3. Equipamentos e outros: câmara fria, carro pantográfico, balança digital, mesa para procedimentos necroscópicos, serra elétrica para necrópsia, hamper, saco de lixo branco e coletor de perfurocortantes.

4. PROCEDIMENTOS

4.1. Técnicos de Necropsia

1. Entrar no Vestiário do Setor de Necropsia, através da porta identificada como **Porta de Entrada Vestiário** (área reservada para troca de roupa da equipe responsável pelo procedimento de necrópsia);

2. Realizar a higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo 30 segundos) ou álcool gel (mínimo 15 segundos);
3. Realizar a paramentação necessária conforme **POP NAPAT GER 007 –** Paramentação e Desparamentação de Profissionais de Saúde para a Realização de Procedimentos Necroscópicos e Limpeza da Sala de Procedimentos;
4. Sair do Vestiário do Setor de Necropsia, através da porta identificada como **Porta de Saída Vestiário** e dirigir-se à área da Câmara Fria;
5. Retirar o paciente em óbito da gaveta da câmara fria onde está acomodado, com o auxílio do carro pantográfico adequado ao seu peso e tamanho;
6. Transportar o paciente em óbito até a sala de procedimentos necroscópicos;
7. Transferir o paciente em óbito para a mesa de procedimentos necroscópicos;
8. Realizar exame externo do paciente em óbito, para descartar qualquer tipo de lesão aparente.

   Obs: Caso seja evidenciada alguma lesão, o Médico Residente e o Patologista de Plantão, devem ser imediatamente comunicados e solicitados a comparecerem na sala de procedimentos necroscópicos;
9. Proceder com a técnica de abertura e retirada do bloco anatômico conforme **POP NAPAT SVO 004** – Procedimento de Abertura, Retirada de Bloco e Fechamento do Corpo;
10. Abrir Intestinos Delgado e Grosso em recipiente adequado;
11. Lavar o órgão e submeter à avaliação do Médico Residente ou Patologista de Plantão;
12. Pesar os órgãos: Baço, Fígado, Rins, Encéfalo, Coração e Pulmão;
13. Aguardar a realização / finalização dos procedimentos médicos;
14. Transferir o paciente em óbito para o carro pantográfico, adequado ao seu peso e tamanho;
15. Transportar o paciente em óbito até a área da câmara fria;
16. Acomodar o paciente em óbito em uma das gavetas disponíveis na câmara fria;
17. Avisar o Agente Funerário da empresa terceirizada sobre o término do procedimento;
18. Voltar à sala de procedimentos necroscópicos e proceder com o acondicionamento das peças anatômicas em recipiente apropriado contendo formol 10%, que deverá ser devidamente identificado com o número do SVO (conforme sistema informatizado do HCFMB) e o nome do Médico Residente responsável, para que, se necessário, sigam para

processamento histológico, a fim de auxiliar na conclusão do laudo diagnóstico.***Retalhos de peças anatômicas utilizadas no exame macroscópico, devem ser separadas em recipiente específico, que será acondicionado em uma das gavetas da câmara fria destinada para este fim, até que sejam recolhidos para incineração;**

19. Levar o recipiente com as peças anatômicas acondicionadas em formol 10%, até a sala de **Arquivo de Peças Anatômicas,** onde permanecerão até a conclusão do laudo diagnóstico. ***Após a conclusão do laudo diagnóstico, as peças anatômicas são destinadas à incineração, seguindo os mesmos procedimentos dos retalhos, conforme descrito;**

20. Retornar à sala de procedimentos necroscópicos;

21. Realizar a limpeza da sala, e a devida desparamentação conforme **POP NAPAT GER 007 –** Paramentação e Desparamentação de Profissionais de Saúde para a Realização de Procedimentos Necroscópicos e Limpeza da Sala de Procedimentos;

22. Realizar a higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo 30 segundos) ou álcool gel (mínimo 15 segundos);

4.2. <u>Procedimentos Médicos</u>

1. Entrar no Vestiário do Setor de Necropsia, através da porta identificada como **Porta de Entrada Vestiário** (área reservada para troca de roupa da equipe responsável pelo procedimento de necrópsia);
2. Realizar a paramentação necessária conforme **POP NAPAT GER 007 –** Paramentação e Desparamentação de Profissionais de Saúde para a Realização de Procedimentos Necroscópicos e Limpeza da Sala de Procedimentos;
3. Sair do Vestiário do Setor de Necropsia, através da porta identificada como **Porta de Saída Vestiário** e dirigir-se à Sala de Procedimentos Necroscópicos;
4. Realizar os procedimentos necessários conforme necessidade;
5. Finalizar os procedimentos;
6. Realizar a desparamentação, conforme **POP NAPAT GER 007 –** Paramentação e Desparamentação de Profissionais de Saúde para a Realização de Procedimentos Necroscópicos e Limpeza da Sala de Procedimentos.

BLOCO ANATÔMICO GENITURINÁRIO E RETO (paciente em óbito masculino):

1. Realizar abertura da peça pelo canal da uretra, passando pela porção prostática e chegando à cavidade vesical, abrindo-a até sua região fúndica;

2. Retirar resíduo urinário e inspecionar a parede do órgão com atenção ao trabeculado mucoso e à região do trígono vesical;
3. Realizar secções transversais na próstata, para identificação de possíveis nódulos ou outras alterações;
4. Dissecar a porção retal, para identificação de possíveis lesões de mucosa ou no espaço entre órgão e as estruturas geniturinárias.

BLOCO ANATÔMICO GENITURINÁRIO E RETO (paciente em óbito feminino):

1. Localizar o meato uretral e realizar a abertura deste canal até a bexiga urinária, em sua porção fúndica; retirar o resíduo urinário e inspecionar a parede do órgão, com atenção ao trabeculado mucoso e à região do trígono vesical;
2. Localizar a parede vaginal e colo uterino e realizar a abertura longitudinal ao útero, utilizando o orifício externo do colo uterino como referencial; avaliar a região endocervical e a cavidade endometrial, descrevendo pólipos, hemorragias ou lesões (atentar para a ectocérvice do colo uterino);
3. Quantificar e descrever possíveis miometrites (cortes paralelos à secção de abertura do órgão); inspecionar e localizar anexos bilateralmente (seccionar os ovários pelo maior eixo);
4. Dissecar a porção retal, para identificar possíveis lesões na mucosa ou no espaço entre o órgão e as estruturas geniturinárias.

BLOCO ANATÔMICO TOTAL:

1. Localizar as **Adrenais direita e esquerda** pela palpação e divulsionar o tecido adiposo (ressecção de ambos e secção central, observando o tamanho e contorno habitual);
2. Localizar a **Aorta** e divulsionar o tecido conjuntivo entre a estrutura vascular e o esôfago; realizar secção parcial da aorta para abertura que deve se estender até as ilíacas comuns; localizar e realizar a abertura dos óstios das artérias renais; caracterizar e quantificar (sistema de cruzes: 1+ até 4+) possíveis placas ateroscleróticas nos segmentos aórticos, artérias renais e ilíacas;
3. Localizar os **Rins** bilateralmente; isolar **Ureteres** e realizar a ressecção dos rins com as cápsulas(destituir a cápsula posteriormente).***A retirada da cápsula pode ocorrer**

no ato de ressecção do rim. *O procedimento da exérese dos rins ocorre pela ressecção do tecido adiposo e secção dos vasos sanguíneos que os fixam à circulação sistêmica;

4. Seccionar completamente a **Aorta**, na altura da traqueia, até o segmento ilíaco em peça única (atentar para movimentos finos na separação da estrutura vascular em relação ao esôfago);
5. Localizar o **Baço** à esquerda, realizar a ressecção e divulsionar o tecido conjuntivo entre o órgão e a curvatura gástrica;
6. Palpar das **estruturas Perigástricas** para localizar o pâncreas e realizar a ressecção até o contorno da região duodenal ("c" duodenal);
7. Iniciar a **ressecção do Esôfago,** por sua porção mais proximal (realizar sua dissecção de modo cuidadoso, separando-o da árvore respiratória).* **Eleva-se o esôfago com a pinça e procede-se a ressecção até ultrapassar a região hiatal. *Ressecar o esôfago, estômago e duodeno, em peça única, a ser dissecada à parte;**
8. **Bloco Esôfago-Estômago-Duodeno:** Realizar a abertura pelo canal esofágico, passar para o estômago e seguir a grande curvatura até o duodeno (busca-se erosões, úlceras, vegetações, tumorações e estado do pregueamento gástrico).***Observar também o conteúdo gástrico (sangue, resíduos alimentares);**
9. Na suspeita de lesões de **Vias Biliares,** antes da ressecção de baço, pâncreas e bloco esôfago-estômago-duodeno, realizar a exploração topográfica das vias biliares (localiza-se a veia cava inferior, que passa posteriormente ao fígado, abre-se e rebate-se essa estrutura para localização da veia porta, artéria hepática e colédoco; procede-se a abertura do colédoco até a papila de Vater, no duodeno, explora-se a presença de cálculos importados ou tumores);
10. **Dissecar Vesícula Biliar com movimentos que permitam divulsionar o órgão e o Leito Hepático, iniciando-se pelo fundo da vesícula biliar até sua porção mais proximal. *Sobre a mesa para dissecção, executar a abertura e inspecionar a parede da vesícula biliar, para identificar a possível existência de cálculos;**
11. Divulsionar o **Fígado** do diafragma;
12. Seccionar a **Traqueia**, 1,0 cm abaixo do Polo **Inferior da Tireoide** (Têm-se **Órgãos Cervicais** e o **Bloco dos Órgãos Torácicos** separados);

13. Realizar a ressecção completa do **Diafragma** (separação das bases pulmonares);
14. Executar a abertura do **Saco Pericárdico,** quantificar e descrever o aspecto do líquido pericárdico (Desse modo, visualiza-se o coração e suas relações com vasos da base, traqueia, brônquios e pulmões);
15. Tracionar o anel superior da **Traqueia** e, com o auxílio de uma tesoura, realizar a ressecção de tecidos moles adjacentes, tomando-se cuidado para não agredir a via aérea (Desse modo, a porção entre o anel superior da traqueia e a Carina ficará livre de tecidos adjacentes) ***Preservar os vasos da base (tronco da artéria pulmonar e arco aórtico);**
16. Dissecar as **Interfaces Coração-Pulmão,** à esquerda e à direita (ao final desta etapa, os dois órgãos estarão aderidos somente na região da Carina, pelos vasos da base).* **Rebater todos os vasos para a porção inferior à Carina. Acima, preserva-se somente a traqueia. Com o auxílio de uma tesoura, e executando movimentos de tração, realizar a secção completa entre coração e pulmão;**
17. Entregar o **Pulmão** ao Técnico de Necropsia, que deve prontamente, pesar o órgão e injetar formol no pulmão através da traqueia (uma vez injetado o formol, o Médico Residente ou Patologista de Plantão, realizará as **secções:** cada pulmão passará por duas secções, retirando as fatias mais anteriores e mais posteriores, e ao final desta etapa, ter-se-á uma peça contendo os pulmões e suas relações com a árvore respiratória e grande circulação pulmonar). ***Abrir a traqueia e os brônquios, e realizar a abertura das artérias pulmonares, de proximal à distal, em vários ramos, buscando-se possíveis trombos; inspecionar pleura e pulmão cuidadosamente; as secções mais anteriores e mais posteriores devem ser submetidas a novos cortes seriados em seu maior eixo;**
18. Considerar que o **Coração** recém-separado do pulmão deve ter todo o resquício de pericárdio e os prolongamentos dos vasos da base seccionados (inspecionar a superfície, buscar áreas hemorrágicas e avaliar a configuração das coronárias).* **A abertura do coração deve seguir o percurso fisiológico da circulação em que se deve:**

- **Posicionar o coração anatomicamente sobre a mesa para dissecção, usando como referência, o Médico Residente ou Patologista de Plantão;**

- Localizar **Óstios das Veias Cavas Superior e Inferior** e realizar a Secção para acesso ao **Átrio Direito;**
- Realizar abertura do átrio direito, paralelamente ao septo, até o ápice do coração;
- Proceder o corte de posterior para anterior e inverter o posicionamento do coração (posicionado sobre a mesa para dissecção), de modo que o ápice do coração fique direcionado ao Médico Residente ou Patologista de Plantão (agente executor do procedimento). ***Prosseguir com a abertura através do ápice cardíaco, passando pelo ventrículo direito, paralelo ao septo, até chegar à abertura do tronco da aorta pulmonar; proceder o corte e ter-se-á acesso ao Ventrículo Direito;**
- Retornar o coração à posição anatômica inicial (posicionado sobre a mesa para dissecção) e localizar óstios das veias pulmonares;
- Realizar a secção para acesso ao átrio esquerdo, abrindo o coração paralelamente ao septo, até o ápice (executar secção de posterior para anterior);
- Inverter novamente o posicionamento do coração (posicionado sobre a mesa para dissecção), de modo que o ápice fique direcionado para o Médico Residente ou Patologista de Plantão (agente executor do procedimento). ***Prosseguir com a abertura através do ápice cardíaco, passando pelo ventrículo esquerdo, paralelo ao septo, até chegar à abertura do tronco da aorta pulmonar; proceder o corte e ter-se-á acesso ao Ventrículo Esquerdo;**
- Pesar o coração;
- Retornar o coração à posição anatômica inicial (posicionado sobre a mesa para dissecção), abrir todos os compartimentos, inspecionando paredes, valvas e válvulas cardíacas;
- Dissecar as coronárias, primeiramente descendente anterior, localizada na porção ântero-lateral à esquerda, e por fim, localizar o óstio da coronária direita e segui-la à direita do coração (para estes procedimentos, utilizar fio guia metálico e tesoura pequena reta com ponta e eventualmente, utiliza-se navalha para promover secções seriadas transversais nos vasos sanguíneos). ***Sempre graduar as placas ateroscleróticas, quando presentes, mencionando possíveis trombos ou oclusões;**
- Realizar secção, no maior eixo, do septo cardíaco.

19. Iniciar a dissecção dos órgãos do pescoço com a abertura do remanescente esofágico mais proximal, seguida de abertura da Laringe;

20. Iniciar a dissecção dos órgãos do pescoço com a abertura do remanescente esofágico mais proximal, seguida de abertura da Laringe;

21. Inspecionar **Cordas Vocais e Valécula** (na porção anterior, dissecar a musculatura para delimitação da **Tireoide e Glândulas Salivares** (a tireoide deve ser seccionada no maior eixo ou transversalmente e a língua deve ser submetida a secções transversais seriadas incompletas);

22. Seccionar os seguintes órgãos na sequência:

- **Baço:** Secção seriada pelo maior eixo;
- **Fígado:** Secção seriada pelo maior eixo;
- **Rins:** secção única pelo maior eixo, mas somente após a retirada da capsula;
- **Pâncreas:** secção única pelo maior eixo;
- **Adrenais:** Secção seriada e transversal;
- **Testículos:** Secção única pelo maior eixo;

23. Seguir as seguintes etapas para o Sistema Nervoso Central:

- Inspecionar o encéfalo, após ser pesado, baseando-se áreas de possíveis lesões (avaliar meninges, giros, sulcos, cerebelo e superfície do contato cerebelo/cérebro, além da rede vascular);
- Amarrar o encéfalo nas porções posteriores do cerebelo, após descarar suspeita de lesão, e acondicionar de forma suspensa em recipiente apropriado contendo formol 10% e identificar com o número do registro do SVO interno ou externo (causas naturais);
- Separar o cerebelo, após o tempo médio de fixação (06 à 12 horas), seccionando-o pelos pedúnculos cerebelares bilateralmente;
- Seccionar posteriormente o cerebelo, com o tronco encefálico em secção única (outra opção é separar o cerebelo do tronco encefálico);
- Para o tronco encefálico, realizar secções transversais seriadas e para o cerebelo executar secção única pelo maior eixo;

- Realizar secções transversais do cérebro, com espessura aproximada de 2,0 cm (uma das secções deve ser imediatamente antes do tronco encefálico, outra exatamente nesta topografia e outra imediatamente após esta estrutura).* **As secções são realizadas no sentido inferior (base) para superior. Dispor as fatias de modo organizado para avaliação;**

24. Chamar o Médico Patologista de Plantão, ao término do procedimento, para conferência e determinação dos eventos da declaração de óbito/ relatório macroscópico;

25. Realizar a desparamentação, conforme **POP NAPAT GER 007 –** Paramentação e Desparamentação de Profissionais de Saúde para a Realização de Procedimentos Necroscópicos e Limpeza da Sala de Procedimentos;

Realizar a higienização das mãos com água e sabão antisséptico (mínimo 30 segundos) ou álcool gel (mínimo 15 segundos).

5. CONTINGÊNCIA

1. Casos identificados como morte não-natural, durante os procedimentos necroscópicos, devem ter os procedimentos interrompidos, e o Médico Residente e ou o Patologista de Plantão, devem descrever um relatório para constar no registro do Sistema Hospitalar Informatizado, e posteriormente o paciente em óbito deve ser encaminhado ao IML. ***Nesta ocorrência, todos os órgãos são devolvidos para as cavidades do paciente em óbito, que deve ser suturado antes de ser encaminhado ao IML;**
2. Isolar fragmentos de encéfalo, pulmão, coração, fígado, baço, rim e músculo esquelético (sendo um fragmento de cada órgão em frascos separados e devidamente identificados, a fresco e em formol a 10%.) ***Casos de órgãos binários, escolher o órgão macroscopicamente mais comprometido (este item é protocolar para casos de suspeita de infecção pelo vírus H1N1);**

6. OBSERVAÇÕES

1. Casos em que haja suspeita de aneurisma de aorta ou dissecção aórtica: a aorta **não** deve ser separada do coração;

2. É de responsabilidade do Médico Patologista de Plantão determinar sobre a conclusão diagnóstica do caso, somente através da análise macroscópica. Caso seja necessária complementação histológica (microscopia), considerar os seguintes tópicos:

- Acondicionar em recipiente apropriado contendo formol 10% e identificar com o número do registro do SVO interno ou externo (conservar pelo menos uma porção de fígado, baço, pâncreas, intestinos, estômago, rins, adrenais, coração, pulmões e encéfalo), assim como outros órgãos, a critério do Médico Patologista de Plantão;
- Casos com lesão de pele, conservar uma porção seguindo os mesmos critérios de acondicionamento e identificação, conforme descritos neste POP;
- Elaborar laudo completo e liberar no Sistema Hospitalar Informatizado.

3. Óbitos fetais e crianças: o procedimento é similar, contudo, coração e pulmões são mantidos em bloco único, sem separação da aorta. ***Pesos obrigatoriamente apresentados com valores de referência;**

4. Para injetar formol 10% nos pulmões, deve-se utilizar recipiente apropriado contendo volume suficiente para realização do procedimento;

5. No acondicionamento dos órgãos em recipiente apropriado contendo formol 10%, colocar primeiramente os órgãos pequenos e estreitos (como pâncreas, estômago e adrenais) e então colocar outros órgãos;

6. Após o término dos procedimentos necroscópicos, realizados em pacientes em óbitos suspeitos de doenças infectocontagiosas, os Técnicos de Necropsia devem acionar a equipe especializada da empresa de limpeza, contratada pelo HCFMB, para que realizem a limpeza terminal para desinfecção da sala de procedimentos necroscópicos;

7. De acordo com o Art. 162, §1 do Código Processual Penal, Decreto-Lei 3689/41, a necrópsia será feita pelo menos 6 horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais da morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto.

8. O coletor de perfurocortantes deverá ser usado impreterivelmente, até a linha pontilhada, para evitar acidentes com perfurocortantes.

7. AUTORES

7.1 AUTORES: Marcos Roberto Franchi e Vinicius Pedro de Arruda

7.2 REVISORES: Dra. Daniela Cristina dos Santos; Marcos Roberto Franchi; José Edison Martins; Vinícius Pedrero de Arruda; Valéria Cuter; Viviane Martins Silveira Marques; Caroline Pereira da Silva.

8. REFERÊNCIAS

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – **A Declaração de Óbito: documento necessário e importante** – Série A. Normas e Manuais Técnicos – Brasília, 2006.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 7 de dezembro de 2004, v**ersando sobre como proceder para peças anatômicas humanas, tecidos, membros, órgãos, e outros resíduos de serviços de saúde.**
3. COSTA, HO. **Relatório de Gestão 2010 do Serviço de Verificação de Óbitos Antenor Teixeira Leal da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Maceió – Uncisal**, 2010.
4. Lei nº 5.452, de 22 d dezembro de 1986. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. **Reorganiza os Serviços de Verificação de Óbitos no Estado de São Paulo.**
5. Decreto-Lei 3689/41, o Art. 162, §1 do Código Processual Penal, necrópsia será feita pelo menos 6 horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais da morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto, acesso: www.planalto.gov.br/ccivil HYPERLINK "http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-leiDel3689.htm" 03/decreto-lei/ Del3689.htm).
6. BRASIL Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Portaria MTB 3.214 de 08 de junho de 1978.

9. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
NÚCLEO DE GESTÃO DA QUALIDADE
Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n CEP 18618-687 – Botucatu – São Paulo – Brasil
Tel. (14) 3811-6218 / (14) 3811-6215 – E-mail qualidade.hcfmb@unesp.br

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO ELETRÔNICA E APROVAÇÃO DE DOCUMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

1.1.Título: POP NAPAT SVO 006 – TÉCNICA PARA DISSECÇÃO DE BLOCO ANATÔMICO DO PACIENTE EM ÓBITO INTERNO E EXTERNO (CAUSAS NATURAIS)

1.2. Área Responsável: NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLOGIA – NAPAT

1.3. Data da Elaboração: 20/02/2020 **Total de páginas:** 12 **Data da Versão:** 07/03/2025
Número da Versão: 04

1.4. Autorização de Divulgação Eletrônica do Documento e Consentimento de Exposição de dados (nome completo e número de registro profissional) durante a vigência do documento:
Eu, como autor e/ou revisor do documento citado, aprovo e autorizo a divulgação eletrônica do mesmo:

NOME	SETOR	ASSINATURA
Marcos Roberto Franchi	Núcleo de Anatomia Patológica – NAPAT	
Dra. Daniela Cristina dos Santos	Núcleo de Anatomia Patológica – NAPAT	
José Edison Martins	Núcleo de Anatomia Patológica – NAPAT	
Vinícius Pedrero de Arruda	Núcleo de Anatomia Patológica – NAPAT	

2. DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA, APROVAÇÃO DE DOCUMENTO E CONSENTIMENTO DE EXPOSIÇÃO DO NOME COMPLETO (DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO DOCUMENTO):

Declaro que estou ciente e **aprovo** o conteúdo do documento: **POP NAPAT SVO 006 – TÉCNICA PARA DISSECÇÃO DE BLOCO ANATÔMICO DO PACIENTE EM ÓBITO INTERNO E EXTERNO (CAUSAS NATURAIS).**

Também autorizo a exposição do meu nome completo.

Data: 18/02/2025	**Supervisor: Marcos Roberto Franchi** **Assinatura:**
Data: 25/03/25	**Diretor: Dr. Marcelo Padovani de Toledo Morais** **Assinatura:**