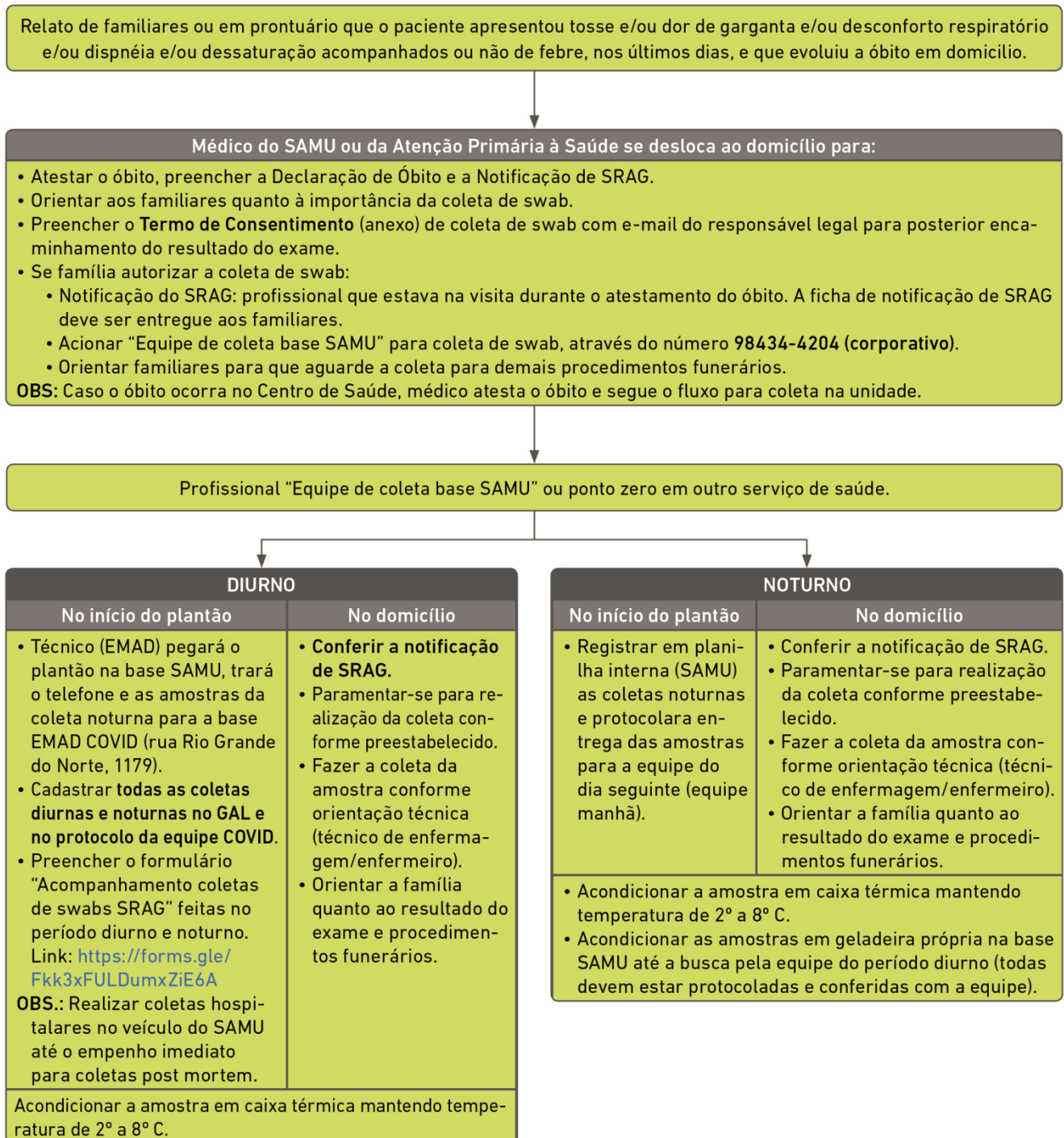




Fluxo para coleta material biológico (swab) para diagnóstico etiológico *post mortem*, no domicílio, em pacientes com suspeita de COVID-19 que evoluíram a óbito em Belo Horizonte.





ANEXO I

<p>PREFEITURA BELO HORIZONTE GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA</p>	<p style="text-align: center;">Termo de Consentimento</p>	
Data: ____/____/____		
EU, _____, documento de Identidade _____, familiar/responsável legal (grau de parentesco, _____), de _____, óbito no dia ____/____/____, fui orientado(a) quanto ao procedimento e autorizo a coleta de material biológico(SWAB) para análise da suspeita de COVID-19 a ser encaminhada para a FUNED, bem como o transporte da amostra para o referido laboratório. Autorizo também que o resultado seja encaminhado para o seguinte e-mail _____.		
_____	_____	
Assinatura do Responsável	Assinatura do responsável pela coleta	

<p>PREFEITURA BELO HORIZONTE GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA</p>	<p style="text-align: center;">Termo de Consentimento</p>	
Data: ____/____/____		
EU, _____, documento de Identidade _____, familiar/responsável legal (grau de parentesco, _____), de _____, óbito no dia ____/____/____, fui orientado(a) quanto ao procedimento e autorizo a coleta de material biológico(SWAB) para análise da suspeita de COVID-19 a ser encaminhada para a FUNED, bem como o transporte da amostra para o referido laboratório. Autorizo também que o resultado seja encaminhado para o seguinte e-mail _____.		
_____	_____	