



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.077 – Página 1/6	
Título do Documento	AUTORIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA DESCARTE DE PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) AMPUTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 21/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 21/06/2026

1. OBJETIVO(S)

- Promover o conhecimento e o envolvimento coletivo, incluindo todos os setores envolvidos no processo do pré-operatório que envolvam amputação;
- Padronizar as ações e elaborar rotina de autorização e encaminhamento para descarte de peças anatômicas (membros) amputadas provenientes de procedimentos cirúrgicos (subgrupo A3) no Centro Cirúrgico do HU-UFGD.

2. MATERIAIS

- EPI (Equipamento de Proteção individual);
- Saco (branco) constituído de material resistente a ruptura, vazamento e impermeável;
- Fita crepe;
- Impressos;
- Caneta esferográfica.

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- I. Conversar com o paciente ou seu responsável legal no setor de origem para que possa decidir pelo sepultamento do(s) membros(s) amputados em cemitério licenciado, ou, renúncia deste exercício, autorizando que o hospital proceda a destinação do (s) membro (s) amputados conforme determinado pela Resolução Anvisa 222/18 e Resolução Conama 358/05 no seu anexo 3;
- II. Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico em posse dos termos de autorização preenchidos e assinados (ANEXO C);
- III. Equipe da SRPA deve receber o paciente mediante conferência dos termos preenchidos e assinados;
- IV. Compete ao circulante de sala (enfermeiro assistencial, técnico de enfermagem) o acondicionamento da peça em saco de lixo para resíduos hospitalares infectantes.
- V. Identificar o saco branco com o (ANEXO B);
- VI. Solicitar que o enfermeiro entre em contato com o coletor para retirada da peça. No momento da entrega da peça, deverá ser entregue também a ficha de descarte



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.077 – Página 2/6	
Título do Documento	AUTORIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA DESCARTE DE PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) AMPUTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 21/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 21/06/2026

assinada, para que a mesma possa ser encaminhada ao Serviço de Hotelaria (ANEXO A);

VII. Higienizar as mãos após o procedimento (*PRT. nº 01 da CCIRAS*);

VIII. Relatar no AGHUX.

4. REFERÊNCIAS

SOBECC. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 7ª Ed. - Barueri, SP: Manole; São Paulo: SOBECC, 2017.

CARVALHO, R.; *et al.* Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação – 2ª Ed. – Barueri, SP: Manole, 2016. – (Série Enfermagem).

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	11/06/2024	Elaboração do Procedimento/ rotina.

Elaboração Lúcia Helaynn Penha de Souza Franco, UBCME Ilana Maria Brasil do Espírito Santo, UBCME Daniel Silva Santos, UBCME Eliane Vieira de Pinha Meira, UBCME Cleone de Souza Correia, UBCME Miriam da Costa, UBCME	Data: 11/06/2024
Análise Jeniffer Caroline Rocha De Souza – STHH Rodrigo Alexandre Teixeira - chefe da DENF	Data: 14/06/2024 Data: 18/06/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 19/06/2024
Aprovação Mara Lourenço Vermieiro, Chefe da UBCME Alline Cristhine Nunes Cerchiari Menon, Gerente de Atenção à Saúde (subst.)	Data: 12/06/2024 Data: 21/06/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.008933/2024-77

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.077 – Página 3/6	
Título do Documento	AUTORIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA DESCARTE DE PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) AMPUTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 21/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 21/06/2026

ANEXO A – Ficha de Descarte de Resíduos A3.

a) Frente

FICHA DE DESCARTE DE RESÍDUOS A3

1. Tipo de resíduo

Subgrupo A3 - Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares. Sendo necessária a autorização do descarte devidamente preenchida e assinada pelo médico responsável, paciente ou seus familiares (RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004).

2. Setor de origem: _____

3. Descrição da peça

Nome do Paciente: _____

RG nº _____ CPF nº _____

Nome do Médico: _____

CRM nº _____

Peso, Estatura ou Idade gestacional do feto ou embrião: _____

Indicação/Diagnóstico: _____

Data da realização: ____/____/____.

DECLARO QUE:

1. Recebi todas as informações necessárias relacionadas ao referido procedimento. Tudo foi devidamente esclarecido. Todas as minhas perguntas foram detalhadamente respondidas e as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente.

LIDO, COMPREENDIDO, CIENTE E DE ACORDO COM TODO O CONTEÚDO DESTES TERMO, AUTORIZO EXPRESSAMENTE A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ACIMA. (Reservo-me o direito de revogar, total ou parcialmente, este consentimento antes da realização do procedimento).

Dourados- MS, ____/____/____ Hora: ____: ____

Nome: _____

RG/CPF: _____

Parentesco: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável/Representante Legal

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU-UFGD
CNPJ: 07.775.847/0002-78
Rua Ivo Alves da Rocha, 558 – Altos do Indaiá
CEP 79.823-501 – Dourados/MS, Brasil
67 3410-3000

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.077 – Página 4/6	
Título do Documento	AUTORIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA DESCARTE DE PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) AMPUTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 21/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 21/06/2026

b) Verso

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro para os devidos fins e efeitos que expliquei ao paciente (ou seu responsável/representante legal) de forma clara e objetiva o destino final de descarte de RSS (resíduo de serviço de saúde) A3, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares. Esclarecendo suas dúvidas e deixando-o livre para decidir sobre a sua realização. De acordo com o meu entendimento, o paciente (ou seu responsável/representante legal) está em perfeitas condições de compreender todo o conteúdo deste Termo e de autorizar a realização do procedimento.

Dourados- MS, ____ / ____ / _____.
 Hora: ____ : ____

 Assinatura e carimbo com CRM do médico responsável

Ao SHH

Data do recebimento da peça: ____ / ____ / ____

 Assinatura do colaborador do SHH

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU-UFGD
 CNPJ: 07.775.847/0002-78
 Rua Ivo Alves da Rocha, 558 – Altos do Indalá
 CEP 79.823-501 – Dourados/MS, Brasil
 67 3410-3000

Página 2 de 2

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.077 – Página 5/6	
Título do Documento	AUTORIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA DESCARTE DE PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) AMPUTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 21/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 21/06/2026

ANEXO B – Aviso de amputação.

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR DE DOURADOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE DOURADOS
"Aqui você será bem cuidado"

AVISO DE AMPUTAÇÃO

Nome: _____

Membro amputado: _____ Apto. _____ Leito: _____

Cirurgião Dr.(a): _____

Data: ____/____/____ Horas: _____

Rub.: _____

1ª Via (branca) - Recepção • 2ª Via (amarela) - Prontuário • 3ª Via (rosa) - Centro Cirúrgico • 4ª Via (azul) - Identificação do membro amputado

MOD 015 Gráfica Serema - 3422-4664

***Observação:** 1ª via (branca) deve ser deixada na recepção, 2ª via (amarela) deve ficar no prontuário, 3ª via (rosa) deve ficar no Centro Cirúrgico e 4ª via (azul) deve ficar como identificação do membro amputado.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.UBCME.077 – Página 6/6	
Título do Documento	AUTORIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA DESCARTE DE PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) AMPUTADOS NO CENTRO CIRÚRGICO	Emissão: 21/06/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 21/06/2026

ANEXO C – Termo de consentimento para procedimento cirúrgico.

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: _____

Data Nasc.: _____ Prontuário: _____ RG: _____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Universitário do HU-UFGD.

- Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- Principais riscos cirúrgicos: _____
- Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames anatomopatológicos, histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Concordo com todos os itens aqui expostos, exceto (se houver): _____

Assim tendo conhecimento necessário, **autorizo** a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____