



PROCEDIMENTO PARA ENTREGA DE PRONTUÁRIOS

O prontuário será solicitado mediante o Formulário de Solicitação de Prontuário Médico com a documentação pessoal do paciente ou do responsável legal.

Se a solicitação for feita pelo próprio paciente, deverá apresentar o Formulário de Solicitação de Prontuários Médico assinado por ele, constando as cópias do RG e CPF. Caso o documento seja retirado por terceiros, devem constar, também, nesse documento nome, RG e CPF e as cópias de quem for retirá-lo.

No caso de a solicitação ser feita por familiar/representante legal, na impossibilidade de manifestação do paciente, em função de doença grave ou falecimento, além do documento acima referido assinado por quem de direito, deve também ser acompanhada de documentação comprobatória do vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, ou tutela instituída por decisão judicial.

A entrega de prontuários para familiares de pacientes falecidos deve seguir a ordem legítima de sucessão. Deve ser:

1. Cônjuge / companheiro;
2. Filhos, netos e bisnetos (descendentes);
3. Pais, avós e bisavós (ascendentes);
4. Irmãos (colaterais de segundo grau);
5. Sobrinhos / tios (colaterais de terceiro grau);
6. Sobrinhos-netos / tios-avós / primos (colaterais de quarto grau).

A cópia de prontuário será liberada em via única, autenticada pela Secretaria de Saúde do município de Jacaraci/BA, **no prazo de sete (07) dias úteis** a contar da data de solicitação, mediante apresentação do Termo de Recebimento da Cópia- Responsabilidade do Prontuário.

ANEXO 1

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO

Eu, _____, brasileiro
(a), Registro Geral (RG) _____, CPF: _____,
residente e domiciliado (a) na
Rua/Av: _____, nº _____,
bairro: _____, no município de
_____, venho, por meio deste, REQUER a cópia do
Prontuário Médico do paciente
_____, nascido em
_____, filho de mãe
_____ e pai
_____, registrado
no CPF _____ e Cartão SUS _____.

Telefone para contato: _____

Jacaraci, Bahia, _____ de _____, 20____.

Nome completo do requerente

CPF do requerente

ANEXO 2

**TERMO DE RECEBIMENTO DA CÓPIA
RESPONSABILIDADE DO PRONTUÁRIO**

Eu, _____, brasileiro
(a), Registro Geral (RG) _____, CPF: _____,
residente e domiciliado (a) na Rua/Av: _____,
nº _____, bairro: _____, no município de
_____, CONFIRMO que recebi cópia do prontuário do
paciente _____, nascido em
_____, filho de _____ mãe
_____ e pai
_____, registrado
no CPF _____ e Cartão SUS _____.

Telefone para contato: _____

DECLARO que me responsabilizo pelas informações, divulgação e uso das informações
contidas no prontuário de saúde.

Prontuário nº _____, constituído de _____ folhas.

Jacaraci, BA, _____ de _____, 20____.

Nome completo do requerente

CPF do requerente