



***PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA
E CÓPIA DE PRONTUÁRIO***

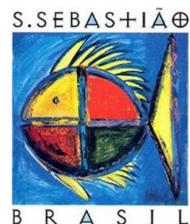
ABRIL 2020

F S P S S



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



FELIPE AUGUSTO

Prefeito do Município de São Sebastião

ANA CRISTINA ROCHA SOARES

Secretária de Saúde de São Sebastião

CARLOS EDUARDO ANTUNES CRAVEIRO

Presidente da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

PAULO HENRIQUE RIBEIRO SANTANA

Diretor da Atenção Básica da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

ANGELICA DE OLIVEIRA SANTOS

Diretora de Atenção Especializada da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

IZABELLE CHRISTINA DE OLIVEIRA GONCALVES

Coordenadora do Núcleo de Educação e Ensino da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião

AISHA GOMES DOS SANTOS

Auxiliar Administrativa da Diretoria de Atenção Básica

LUANA LOPES DOS ANJOS

Auxiliar Administrativa da Diretoria de Atenção Básica

MIRANE SOUZA DE FREITAS

Assessora Administrativa da Diretoria de Atenção Básica

THAIS CARVALHO ZEFERINO

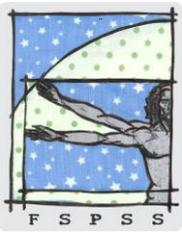
Auxiliar Administrativa da Diretoria de Atenção Especializada

GIULIANA ZEN PETISCO DEL PORTO

Advogada – Setor Jurídico

NAIRO TEIXEIRA DA SILVA

Advogado – Setor Jurídico



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



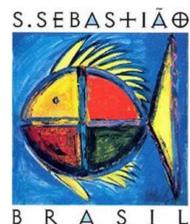
LISTA DE SIGLAS

- DAB – Diretoria de Atenção Básica
- DAE – Diretoria de Atenção Especializada
- FSPSS – Fundação de Saúde Pública de São Sebastião



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

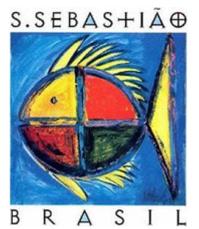
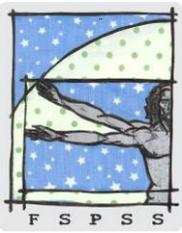
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



APRESENTAÇÃO

O Protocolo de Transferência e Cópia de Prontuário foi elaborado para a padronização destas ações nas unidades de saúde administradas pela Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, minimizando a ocorrência de variações indesejáveis, causadas pela falta de habilidade ou de conhecimento do profissional, buscando ainda, garantir a continuidade do serviço independente de quem esteja executando, proporcionando assim o melhor atendimento e assistência prestada à população.

Baseado no “Procedimento Operacional Padrão – Transferência e Cópia de Prontuário” emitido pela Diretoria de Atenção Básica em 2016, o presente protocolo traz atualizações no fluxo de cópia e transferência de prontuário, que têm como objetivo a melhoria do processo e maior facilidade para o usuário no momento da solicitação.



1. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA E CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Toda solicitação de transferência ou cópia de prontuário será realizada mediante as orientações contidas neste Protocolo.

A transferência ou cópia de prontuário somente se dará com o correto preenchimento do formulário (Anexo I) conforme instruções constantes neste item. O preenchimento incorreto, bem como a ausência de assinatura e dos documentos obrigatórios, implicará no indeferimento da solicitação e na devolução desta para a unidade de origem.

Para deferimento do pedido:

- 1.1 Deverá ser preenchida uma solicitação por prontuário;
- 1.2 O campo “Dados do Solicitante” refere-se às informações do usuário que está realizando a solicitação, podendo ser o próprio paciente, o responsável legal ou procurador observando-se as seguintes situações:

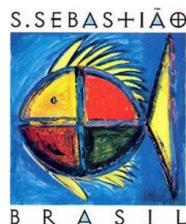
A – SE PACIENTE MAIOR E CAPAZ – A solicitação poderá ser feita pelo próprio paciente ou pessoa expressamente autorizada;

B – SE PACIENTE MAIOR E INCAPAZ - A solicitação poderá ser efetuada por curador, mediante o preenchimento completo do formulário e juntada de documentos que comprovem a condição;

C – SE PACIENTE MENOR DE 18 ANOS - Mediante o preenchimento completo do formulário por responsável legal, e juntada de documento comprobatório. Somente o representante ou responsável legal poderá retirar a cópia do prontuário ou solicitar a transferência;

D – SE PACIENTE FALECIDO - De acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM), somente mediante Ordem Judicial.

- 1.3 O campo “Dados do Paciente” refere-se às informações do usuário a quem o prontuário pertence, e só deverá ser preenchido quando o solicitante não for o próprio paciente;
- 1.4 Junto ao formulário, deverão ser anexados os seguintes documentos: RG, CPF, comprovante de endereço do paciente; RG e CPF do solicitante e documentação complementar conforme instruções dos subitens de A-D do item 1.2;
- 1.5 No campo “Tipo de Solicitação” assinalar se a requisição trata de cópia ou transferência, e informar de forma sucinta o motivo da solicitação no campo correspondente;
- 1.6 Informar a unidade solicitante (a de destino) e a unidade de origem do prontuário nos campos correspondentes;
- 1.7 O Solicitante deverá assinar no campo “assinatura do solicitante” **devendo esta assinatura ser igual àquela constante no documento de identidade anexo à requisição;**
- 1.8 A unidade deverá realizar a conferência do preenchimento de todos os campos do formulário, bem como dos documentos fornecidos, antes de remeter a requisição à Sede da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, evitando-se devolução de requisições por inconsistências.



2. TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIO

As Unidades de Saúde da Família realizam o atendimento da população adscrita, ou seja, aquela que reside no território da unidade.

Desta forma, quando o usuário muda de endereço, passa a pertencer à área de abrangência de uma nova unidade e deve solicitar a transferência de seu prontuário original para continuação do acompanhamento pela nova equipe de saúde.

Assim:

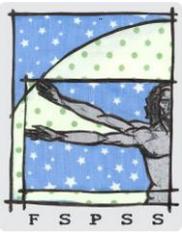
- 2.1 O usuário deverá comparecer à unidade de abrangência do seu novo endereço para preenchimento do formulário de Solicitação de Transferência e Cópia de Prontuário;
- 2.2 A unidade de residência atual (unidade solicitante) encaminhará a formulário para aquela indicada como origem do prontuário;
- 2.3 A unidade de origem do prontuário (unidade de origem) realizará o envio da solicitação junto ao prontuário original para a FSPSS/DAB;
- 2.4 Ao chegar à FSPSS/DAB, a solicitação será conferida e encaminhada para autorização da transferência pelo Setor Jurídico;
- 2.5 Com o deferimento da solicitação, esta será encaminhada junto ao prontuário original para a unidade de residência do usuário (unidade solicitante);
- 2.6 Havendo indeferimento, apenas a requisição será encaminhada para correção, ficando o prontuário retido na Sede desta Fundação, até adequação do pedido, o que ocorrerá em até 07 (sete) dias;
- 2.7 O responsável pelo recebimento do prontuário na unidade deverá preencher e assinar o campo “Termo de Recebimento de Transferência de Prontuário Original” no verso do formulário, e remeter novamente à FSPSS/DAB, para digitalização e conclusão da transferência;
- 2.8 Após a conclusão da transferência, a FSPSS/DAB encaminhará o formulário para arquivamento na unidade de origem do prontuário.

IMPORTANTE:

O prazo para transferência de prontuário é de 07 (sete) dias úteis, a contar da data do preenchimento do formulário na unidade solicitante.

Para tanto, o responsável pela remessa do documento, deverá encaminhar a solicitação imediatamente à unidade de origem que, por sua vez, também deverá remeter a documentação à Sede de forma tempestiva, evitando atrasos no atendimento do prazo.

Na transferência de prontuários, retirar o envelope da unidade e encaminhar apenas o corpo e respectivos anexos.



3. CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Todo paciente, ou seu representante legal, tem direito de acesso ao seu prontuário, podendo solicitar cópia para fins diversos.

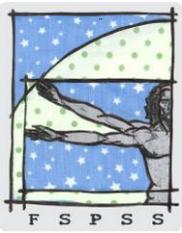
Para o fornecimento desta cópia, nas Unidades de Saúde da Família, Centros de Saúde, Centros de Apoio Psicossocial, Reabilitação e demais unidades administradas pela Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, os usuários e servidores deverão observar o procedimento a seguir:

- 3.1 O usuário deverá comparecer à unidade onde prontuário se encontra para preenchimento do Formulário de Solicitação de Transferência e Cópia de Prontuário;
- 3.2 A unidade encaminhará a solicitação junto com o prontuário original para à FSPSS/DAB, quando pertencente à Diretoria de Atenção Básica, ou FSPSS/DAE, para as unidades da Diretoria de Atenção Especializada;
- 3.3 Na FSPSS, as Diretorias competentes realizarão a conferência da solicitação e da respectiva documentação, encaminhando para parecer do Setor Jurídico;
- 3.4 No deferimento da solicitação, cada Diretoria é encarregada pela reprodução da cópia do prontuário e encaminhamento à unidade solicitante, junto com o prontuário original e formulário de solicitação;
- 3.5 No indeferimento, apenas a requisição será encaminhada para adequação, ficando o prontuário retido na Sede desta Fundação, até adequação do pedido, o que ocorrerá em até 07 (sete) dias;
- 3.6 A unidade convocará o usuário solicitante para retirada da cópia mediante assinatura no campo “Termo de Recebimento de Cópia de Prontuário” no verso do formulário;
- 3.7 Após assinatura do termo pelo usuário, a unidade deverá remeter o Formulário novamente à Diretoria competente, para digitalização e encerramento da demanda;
- 3.8 Após encerramento da demanda o Formulário será devolvido para arquivamento na unidade solicitante.

IMPORTANTE:

O prazo para cópia de prontuário é de 07 (sete) dias úteis, a contar da data de manifestação e preenchimento do formulário na unidade de solicitante.

Para tanto, o responsável pela remessa do documento, deverá encaminhar a solicitação imediatamente a partir do requerimento, evitando atrasos no atendimento do prazo



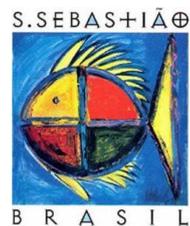
4. ORIENTAÇÕES GERAIS

- 4.1 As unidades não estão autorizadas a reproduzir cópia dos prontuários, parcial ou integralmente, ou realizar transferência de quaisquer documentos sem o cumprimento dos dispostos neste protocolo;
- 4.2 Todas as unidades deverão manter uma planilha de controle das transferências e cópias de prontuário, solicitadas e recebidas pela unidade, conforme modelo constante no Anexo II;
- 4.3 As requisições devolvidas para arquivamento das unidades deverão ser acondicionadas em pasta própria, de fácil acesso e não podem ser descartadas, sob nenhuma hipótese;
- 4.4 O envio de quaisquer documentos referente às transferências, ainda que apenas o formulário, deverá ser feito, observando-se o sigilo, mediante emissão de relação de remessa numerada e envio em envelope fechado específico do procedimento. **NÃO COLOCAR OUTROS DOCUMENTOS JUNTO**;
- 4.5 As solicitações de cópia de prontuário para investigação pelo Comitê de Óbito Materno Infantil serão realizadas mediante comunicação oficial do comitê à Diretoria responsável, ficando esta, a única autorizada a entrar em contato com a unidade de saúde para solicitação destes prontuários;
- 4.6 O Anexo III deste protocolo trata das “*Orientações sobre autorização no manejo de prontuários médicos e retirada de exames nas unidades de saúde deste município por terceiros*”, emitido pelo Setor Jurídico desta Fundação, e constam neste as informações complementares para o manejo dos prontuários;
- 4.7 As solicitações de cópias e transferências de prontuários poderão ser feitas por terceiros, desde que expressamente autorizadas pelo paciente, conforme termo de autorização constante no Anexo III, instruído com os documentos pessoais das pessoas autorizadas.
- 4.8 Toda documentação da pessoa autorizada ficará arquivada na pasta/envelope relativa ao prontuário do paciente.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



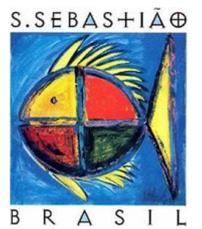
5. REFERÊNCIAS

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO/DAB. **Procedimento Operacional Padrão – Transferência e Cópia de Prontuário.** Diretoria de Atenção Básica. São Sebastião, 2016.

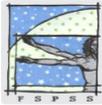


FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



ANEXO I: Formulário de Solicitação de Transferência e Cópia de Prontuário



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA E CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DADOS DO SOLICITANTE	
TIPO DE SOLICITANTE	PRÓPRIO PACIENTE: [] FAMILIAR: SIM [] NÃO [] GRAU DE PARENTESCO: []
NOME	DATA DE NASCIMENTO
RG	CPF
ENDEREÇO	
BAIRRO	MUNICÍPIO UF
TELEFONE	
DADOS DO PACIENTE (PREENCHER APENAS QUANDO O SOLICITANTE NÃO FOR O PRÓPRIO PACIENTE)	
NOME	DATA DE NASCIMENTO
RG	CPF
ENDEREÇO	
BAIRRO	MUNICÍPIO UF
TELEFONE	
TIPO DE SOLICITAÇÃO	CÓPIA [] TRANSFERÊNCIA []
UNIDADE DE ORIGEM	UNIDADE DESTINO
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO	
ASSINATURA DO SOLICITANTE	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DESTA SOLICITAÇÃO (UNIDADE SOLICITANTE)	DATA
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DESTA SOLICITAÇÃO (UNIDADE DE ORIGEM)	DATA

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente nas Unidades de Saúde do município de São Sebastião são confidenciais e protegidas por legislação vigente. Solicitações de cópias e transferência de prontuários só serão autorizadas de acordo com as seguintes situações:

A - PACIENTE MAIOR E CAPAZ - Mediante o preenchimento completo deste formulário, xerox dos documentos e assinatura do próprio paciente ou pessoa expressamente

B - PACIENTE MAIOR E INCAPAZ - No caso de paciente maior e incapaz, a solicitação poderá ser efetuada por curador, mediante o preenchimento completo deste formulário e juntada de documentos que comprovem a condição.

C - PACIENTE MENOR DE 18 ANOS - Mediante o preenchimento completo deste formulário por responsável legal, e juntada de documento comprobatório. Somente o representante ou responsável legal poderá retirar a cópia do prontuário ou solicitar a transferência.

D - PACIENTE FALECIDO - De acordo com as normas do Conselho Federal de Medicina (CFM) a cópia do prontuário de paciente falecido somente poderá ser fornecida mediante Ordem Judicial.

DOCUMENTOS OBRIGATORIOS: RG, CPF, comprovante de endereço do paciente. RG e CPF do solicitante e documentação complementar conforme instruções dos itens de A-D.

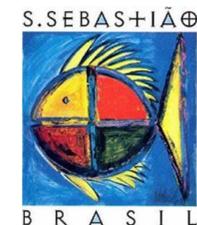
O PRAZO PARA CÓPIA OU TRANSFERÊNCIA DE PRONTUÁRIO É DE 07 (SETE) DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DATA DE SOLICITAÇÃO.

FRENTE



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



ANEXO II: Planilha de Controle de Solicitação de Transferência e Cópia de Prontuário

Unidade Solicitante	Solicitante	Paciente	Tipo de Solicitação	Motivo da Solicitação	Envio p/ Unidade de Origem	Envio p/ FSPSS	Recebimento do Prontuário Original e/ou Cópia	Entrega da Cópia p/ o Solicitante	Envio do Formulário assinado para FSPSS	Recebimento do Formulário para Arquivamento
USF CENTRO	MARIA JOSÉ DA SILVA	MARIA JOSÉ DA SILVA	CÓPIA	INSS	N/A	13/04/2020	17/04/2020	22/04/2020	22/04/2020	28/04/2020
USF CENTRO	JOÃO DA SILVA	JOÃO DA SILVA	TRANSFERÊNCIA	MUDANÇA DE ENDEREÇO	13/04/2020	N/A	17/04/2020	N/A	22/04/2020	N/A
USF CENTRO	ALINE CORREA	ALINE CORREA	CÓPIA	MUDANÇA DE CIDADE	N/A	22/04/2020	30/04/2020	04/05/2020	04/05/2020	07/05/2020
USF MORRO DO ABRIGO	JOSÉ PEREIRA DOS SANTOS	JOSÉ PEREIRA DOS SANTOS	TRANSFERÊNCIA	MUDANÇA DE ENDEREÇO	N/A	22/04/2020	N/A	N/A	N/A	07/05/2020

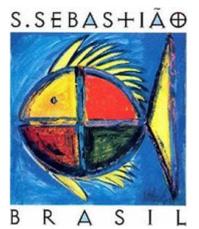
Legenda	
Tipo de Solicitação	Campos a serem preenchidos
Cópia	Entrada, Unidade Solicitante, Solicitante, Paciente, Tipo de Solicitação, Motivo da Solicitação, Envio p/ FSPSS, Recebimento de Prontuário Original e/ou Cópia, Entrega da Cópia p/ o Solicitante, Envio do Formulário assinado para FSPSS, Recebimento do Formulário para Arquivamento.
Transferência (emitida)	Entrada, Unidade Solicitante, Solicitante, Paciente, Tipo de Solicitação, Motivo da Solicitação, Envio p/ Unidade de Origem, Recebimento de Prontuário Original e/ou Cópia, Envio do Formulário assinado para FSPSS.
Transferência (recebida)	Entrada, Unidade Solicitante, Solicitante, Paciente, Tipo de Solicitação, Motivo da Solicitação, Envio p/ FSPSS, Envio do Formulário assinado para FSPSS, Recebimento do Formulário para Arquivamento.

Obs.: O arquivo foi fornecido juntamente à entrega deste protocolo.

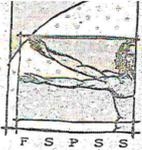


FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



ANEXO III: Orientações sobre autorização no manejo de prontuários médicos e retirada de exames nas unidades de saúde deste município por terceiros.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013



São Sebastião, 30 de agosto de 2017.

ORIENTAÇÕES SOBRE AUTORIZAÇÃO NO MANEJO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS E RETIRADA DE EXAMES NAS UNIDADES DE SAÚDE DESTE MUNICÍPIO POR TERCEIROS

O prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados e ordenados onde devem ser registrados todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa numa instituição de assistência médica. É também o documento onde se armazena o segredo médico do paciente.

O segredo médico pertence ao paciente sendo o médico ou instituição de saúde seu depositário e guardador e somente pode revelá-lo em situações muito especiais como: dever legal, justa causa ou autorização expressa do paciente.

O SIGILO É O QUE REGE O PRONTUÁRIO E OS EXAMES visando a preservação da intimidade do paciente.

Partindo deste conceito, o prontuário exames, em regra, somente poderiam ser fornecidos ao próprio paciente ou ao seu representante legal (quando o paciente for menor de idade ou interditado).

Mas, diante de situações cotidianas da vida, por vezes o próprio paciente não pode comparecer à unidade de saúde para tal solicitação (seja pelo estado de saúde, seja por situação laboral, seja por mudança inesperada de endereço, etc), nem tampouco poderá um funcionário desta Fundação ir ao encontro do paciente para colher sua assinatura autorizativa sem comprometer o atendimento da unidade em que está lotado.

É de ciência de todos o direito do cidadão de ter acesso a todas as informações sobre sua saúde, sendo, pois, vedado a qualquer médico ou instituição de saúde o acesso ao seu prontuário por si ou por seu representante legal ou contratual, após comprovada solicitação.

Assim, visando a facilitação do Direito do paciente no acesso aos mencionados documentos (especialmente por cópias), mas sempre visando a preservação de sua intimidade e das informações nele contidas é que se orienta o seguinte:

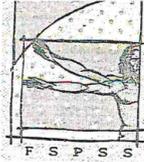
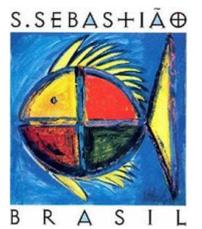
1. Quando da abertura do prontuário, este poderá ser instruído com o TERMO DE AUTORIZAÇÃO, cujo modelo segue em anexo, onde o paciente indicará qual(is) a(s) pessoa(s) estão autorizadas a requerer, em seu nome cópia, vista ou transferência do prontuário e retirada de exames médicos.

Rua Prefeito Mansueto Pierotti, 391 – 2º Andar – Centro – São Sebastião/SP
Tel. 12-3891-3452 – 3891-3440



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013



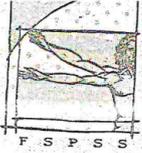
- a. Este termo deverá ser instruído, **obrigatoriamente**, com cópia nítida de seu documento de identificação (com foto e assinatura), podendo ser RG, CNH, Carteira de órgão de classe;
- Se o paciente for menor e não possuir RG, juntar a certidão de nascimento e o RG dos responsáveis pela sua guarda;
 - Se o paciente for menor e estiver na guarda de terceiros, juntar o termo judicial da guarda e RG dos responsáveis pela sua guarda;
 - Se for incapaz, juntar cópia do RG do paciente, do representante legal e do termo de curatela;
- b. **Se o pedido for feito por parente** (pais ou filhos maiores de idade; avós ou netos), deverá juntar a prova do parentesco, como certidões de nascimento onde se indique o parentesco, bem como seus documentos de identificação com foto e assinatura (RG/CNH/Carteira de órgão de classe);
- c. **Se o pedido for feito por cônjuge**, deverá ser juntada a certidão de casamento e documento de identificação deste com foto e assinatura (RG/CNH/Carteira de órgão de classe) de ambos;
- d. **Se o pedido for feito por companheiro**, deverá ser juntada uma declaração de união estável com firma reconhecida de ambos em cartório e documento de identificação do companheiro com foto e assinatura (RG/CNH/Carteira de órgão de classe);
- e. **Se o pedido for feito por terceiros**, deverá haver reconhecimento de firma do paciente em cartório no termo de autorização, além de serem juntados os documentos de identificação com foto e assinatura (RG/CNH/Carteira de órgão de classe) de ambos.
2. O preenchimento obedecerá ao *Procedimento Operacional Padrão TRANSFERÊNCIA E CÓPIAS DE PRONTUÁRIO* já disponibilizado para cada Unidade de Saúde deste Município, na pessoa da respectiva responsável, bem como o formulário próprio de "SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO" que deve ser assinado pelo solicitante.
3. Não obstante a autorização pelo paciente, todos os pedidos serão obrigatoriamente analisados pelo setor jurídico desta Fundação.
4. O termo de responsabilidade poderá ser encaminhado via malote/remessa para as unidades.
5. Deverá ser informado de forma clara ao paciente que a indicação das pessoas autorizadas a solicitar cópias ou formular requerimentos de alteração de endereços ou retirar exames é de sua inteira responsabilidade e que, sobrevivendo mudanças nestas indicações, cabe ao paciente imediatamente informá-las à unidade de saúde responsável, sob pena de não responsabilização desta Fundação a que título for por esta inércia.

Rua Prefeito Mansueto Pierotti, 391 – 2º Andar – Centro – São Sebastião/SP
Tel. 12-3891-3452 – 3891-3440

500



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013



6. A apresentação e entrega do prontuário a pessoa não autorizada gera exposição da intimidade do paciente em flagrante desobediência ao artigo 5º, X da Constituição Federal e é crime tipificado pelo art. 154 do Código Penal, além de desobediência funcional:

Art. 154 - Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem:

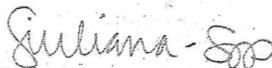
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Assim, a Fundação serve-se deste documento para orientar e seus funcionários sobre o procedimento seguro de manejo dos prontuários e exames a terceiros de maneira ágil e menos burocrática.

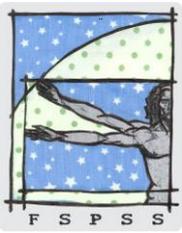
No mais, estamos à disposição para esclarecimentos, inclusive pelos telefones 12 3891-3363 e 3891-3452.

Atenciosamente.


Nairo Teixeira da Silva
OAB/SP 292.833


Giuliana Zen Petisco Del Porto
OAB/SP 190.017

Rua Prefeito Mansueto Pierotti, 391 - 2º Andar - Centro - São Sebastião/SP
Tel. 12-3891-3452 - 3891-3440



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
(dados do paciente)

neste ato representado por _____
(preencher somente se representante legal de menor, tutor ou curador)

autorizo a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s) a solicitar cópias, formular requerimentos ou assinar autorização para mudança de unidade, tudo relativos ao meu prontuário médico, bem como autorizo a retirada de meus exames.

Estou ciente que os prontuários e exames são sigilosos, preservando minha intimidade, e que o presente termo autoriza as pessoas abaixo relacionadas a terem ciência de seus conteúdos.

Estou ciente ainda que, a indicação das pessoas autorizadas a solicitar cópias ou formular requerimentos de alteração de endereços ou retirar exames é de minha inteira responsabilidade e que, sobrevindo mudanças nestas indicações, cabe mim, paciente, imediatamente informá-las à unidade de saúde responsável, sob pena de não responsabilização desta Fundação a que título for por esta inércia.

Este termo não possui data de vencimento.

Pessoas autorizadas:

Nome completo: _____

RG: _____

Grau de parentesco: _____

Nome completo: _____

RG: _____

Grau de parentesco: _____

São Sebastião, _____ de _____ de 202____.

Assinatura: _____