

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO - SAME

Informativo

Todas as informações obtidas pelo profissional de saúde a partir do ato assistencial prestado ao paciente são CONFIDENCIAIS, protegidas por SIGILO MÉDICO, conforme determina o art. 154 do Código Penal, art. 11 do Código de Ética Médica e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei 13.709/18.

As exceções previstas na legislação vigente para o fornecimento de cópia do prontuário são as seguintes:

I - PACIENTE VIVO E CAPAZ:

A cópia do prontuário deve ser solicitada pelo próprio paciente, mediante preenchimento do requerimento, devidamente assinado e acompanhado de cópia de documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista, e CPF que serão arquivados juntamente com as informações do paciente e aos arquivos a ele relacionados).

As cópias físicas serão fornecidas no prazo de 05 dias úteis e devem ser retiradas pelo próprio paciente, mediante apresentação de documento de identificação e assinatura de recibo de entrega.

As cópias de mídia digital serão fornecidas para o endereço de e-mail autorizado pelo requerente no prazo de 05 dias úteis mediante apresentação de documento de identificação e assinatura de recibo de entrega.

Em caso de paciente impossibilitado de solicitar presencialmente é possível enviarmos o requerimento e efetuar assinatura digital gratuita conforme certificação exigida pelo site;

Segue link para acesso; <https://assinador.iti.br/assinatura/index.xhtml>

Caso o paciente não possa retirar as cópias requisitadas pessoalmente, poderá autorizar terceiro, quando do preenchimento do requerimento, indicando nome, número do documento de identidade e CPF da pessoa autorizada. Na retirada, o terceiro deverá assinar o recibo de entrega e fornecer cópia de seus documentos de identificação para arquivamento.

Na hipótese da impossibilidade de retirada se dar em momento posterior ao preenchimento do requerimento, o paciente deverá firmar autorização específica, com firma reconhecida por autenticidade em cartório, para que seu representante possa retirar os documentos.

A pessoa indicada pelo paciente deverá portar, no ato da retirada, além da referida autorização, documento de identificação original com foto e CPF.

Na retirada, o terceiro deverá assinar o recibo de entrega e fornecer cópia de seus documentos de identificação e da autorização para arquivamento.

II - PACIENTE VIVO E INCAPAZ:

Se o paciente for menor de 18 anos, as cópias devem ser solicitadas pelo responsável legal, mediante preenchimento do requerimento, devidamente assinado e acompanhado de cópia de documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista etc.) e CPF e de documento comprobatório da condição de representante legal (cópia autenticada da Certidão de Nascimento do menor, Termo de Tutela).

Tratando-se de pais divorciados, o requisitante deverá ser o guardião e apresentar também, cópia autenticada do Termo de Guarda.

Na retirada, o terceiro deverá assinar o recibo de entrega e fornecer cópia de seus documentos de identificação e da documentação complementar necessária para arquivamento.

Se o paciente for maior de 18 anos e incapaz, as cópias deverão ser solicitadas pelo representante legal, mediante preenchimento do requerimento devidamente assinado e acompanhado de cópia de documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista, etc.) e CPF e de documento comprobatório da condição de representante legal (cópia autenticada da Certidão de Nascimento do incapaz com averbação da interdição e do Termo de Curatela, com data recente).

Na retirada, o terceiro deverá assinar o recibo de entrega e fornecer cópia de seus documentos de identificação e da documentação complementar necessária para arquivamento.

As cópias físicas serão fornecidas no prazo de 05 dias úteis e devem ser retiradas pelo representante legal que as requisitou, mediante apresentação de documento de identificação original com foto e assinatura do recibo de entrega.

As cópias mídia digital serão fornecidas para o endereço de e-mail autorizado representante legal que as requisitou no prazo de 05 dias úteis mediante apresentação de documento de identificação e assinatura de recibo de entrega.

Em caso de representante legal de paciente menor de idade impossibilitado de solicitar presencialmente é possível enviarmos o requerimento e efetuar assinatura digital gratuita conforme certificação exigida pelo site;

Segue link para acesso; <https://assinador.iti.br/assinatura/index.xhtml>

III - PACIENTE FALECIDO:

Quando o paciente for falecido, é possível o fornecimento de cópia do prontuário, observada a ordem da sucessão hereditária (cônjuge/companheiro sobrevivente do de *cujus*, e, sucessivamente, aos sucessores legítimos do mesmo em linha reta, ou colaterais até o quarto grau.), de acordo com o código civil, com comprovação de vínculo de parentesco.

Para tanto, o familiar deve preencher e assinar o **Requerimento**, apresentando cópia de documento de identificação com foto (RG, Carteira de Motorista, etc) e CPF, da certidão de óbito do paciente e de documento comprobatório do vínculo familiar e da observação da ordem de vocação hereditária.

Tratando - se de cópias solicitadas pelo cônjuge, o documento comprobatório do vínculo familiar a ser apresentado é a Certidão de Casamento, com data atualizada.

Tratando - se de cópias solicitadas pelo Companheiro (a), o documento comprobatório do vínculo familiar é a declaração pública de união estável, com data atualizada.

As cópias físicas serão fornecidas no prazo de 05 dias úteis e devem ser retiradas pelo requerente, mediante apresentação de documento de identificação original com foto e assinatura de recibo de entrega.

As cópias de mídia digital serão fornecidas para o endereço de e-mail autorizado pelo requerente no prazo de 05 dias úteis mediante apresentação de documento de identificação e assinatura de recibo de entrega.

ATENÇÃO: Se o paciente, ainda em vida, apresentou objeção expressa à divulgação do seu prontuário médico após a morte, as cópias **NÃO** poderão ser fornecidas. Também não poderão ser fornecidas aos familiares específicos que o paciente em vida tenha apresentado objeção expressa à entrega do prontuário.

IV - PROCURADORES:

As cópias de prontuário de paciente poderão ser fornecidas a procurador por ele indicado. Nesse caso, faz-se necessário o preenchimento do requerimento devidamente assinado pelo procurador, acompanhado de cópia do documento de identificação com foto e CPF e do instrumento de procuração com poderes específicos para a extração das cópias requisitadas, com firma reconhecida em Cartório por autenticidade.

ATENÇÃO: Deve-se verificar a validade da Procuração.

As cópias físicas serão fornecidas no prazo de 05 dias úteis e devem ser retiradas pelo procurador, mediante apresentação de documento de identificação original com foto e assinatura de recibo de entrega.

As cópias de mídia digital serão fornecidas para o endereço de e-mail autorizado pelo procurador no prazo de 05 dias úteis mediante apresentação de documento de identificação e assinatura de recibo de entrega.

V - MÉDICOS DE OUTROS HOSPITAIS:

O médico deverá enviar solicitação, em papel timbrado do hospital ou instituição a que pertence, endereçada à Direção deste nosocômio e com telefone para contato. No documento, deverá ser indicado o nome completo do paciente, a finalidade da requisição e a lista dos documentos solicitados, além de estar acompanhando da autorização escrita do paciente para essa finalidade.

Caso as cópias sejam retiradas por terceiros, o médico deverá enviar autorização expressa para tanto, com o nome do autorizado e documento de identificação, assumindo a responsabilidade pela conduta do autorizado.

As cópias físicas serão fornecidas no prazo de 05 dias úteis e devem ser retiradas pelo requisitante ou pelo autorizado, mediante apresentação de documento de identificação original com foto e assinatura de recibo de entrega.

As cópias em mídia digital serão fornecidas no prazo de 05 dias úteis, para o endereço de e-mail autorizado pelo requerente ou autorizado e devem ser retirados pelo próprio, mediante apresentação de documentos de identificação e assinatura de recibo de entrega.

Eventualmente o SAME poderá requisitar outros documentos além dos aqui referidos, e, nestes casos, o solicitante será contatado para as providências necessárias.

Os documentos podem ser encaminhados por e-mail para análise. A retirada da CÓPIA FÍSICA só poderá ser feita presencialmente, mediante apresentação dos documentos originais enviados pelo solicitante e assinatura do recibo de entrega. A VERSÃO ON-LINE será enviado ao e-mail cadastrado , após a análise da documentação e aprovação do responsável pelo setor.

E-mail: same@beneficencia-pelotas.com.br

Site: www.beneficencia-pelotas.com.br

Telefone direto: 5330269447

SAME – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO
Requisição de prontuário médico

1. Dados de identificação do paciente

- 1.1. Nome: _____
1.2. Documento de Identidade: _____
1.3. CPF: _____
1.4. Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____
1.5. Cópia/Prontuário:
() completo () parcial _____

2. Representação Legal (Pessoa legalmente autorizada a requerer cópia(s) do(s) prontuário(s) medico(s) em nome do paciente).

- 2.1. Nome do representante legal: _____
2.2. CPF: _____
2.3. Documento de Identidade: _____
2.4. Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____
2.5. Documento de representação:
() Procuração () Nomeação judicial () Pais (paciente menor)

3. Declaração:

A pessoa acima qualificada, declara sob as penas da lei, ser o responsável legal do paciente em nome de quem vem solicitar cópias dos prontuários médicos, ou que conta com a sua expressa autorização.

Ciente que esta solicitação é válida por 06 (seis) meses a contar da data da assinatura. Após será descartado.

Assinatura do representante legal: _____ Data: ____/____/____.

4. Reservado ao Hospital:

Autorizado por: _____ Data: ____/____/____.

5. Recibo: () cópia física () mídia digital e-mail

6. E-mail para envio das cópias:

Recebi as cópias dos documentos requeridos. Declaro ter conhecimento que os mesmos contem informações sigilosas protegidas pela Norma Constitucional, Legislação Penal e Lei de Proteção de Dados em vigor, responsabilizando-me pessoalmente pela divulgação que deles fizer. E autorizo esta instituição o arquivamento dos documentos necessários aqui apresentados junto aos documentos do paciente.

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/____.