



Comprovante de Publicação

Nº: 38367

Data/Hora Veiculação: 03/10/2017 00:00

Ato: PORTARIA Nº 44.209/2017

Assunto: PRONTUÁRIO MÉDICO

Tipo: Portaria

Órgão 1: Prefeitura do Município

Órgão 2: Secretaria Municipal de Saúde

Ementa: FORNEÇAM, QUANDO SOLICITADOS PELO CÔNJUGE/COMPANHEIRO SOBREVIVENTE DO PACIENTE MORTO, E SUCESSIVAMENTE PELOS SUCESSORES LEGÍTIMOS DO PACIENTE EM LINHA RETA, OU COLATERAIS ATÉ O QUARTO GRAU, OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS DO PACIENTE FALECIDO: DESDE QUE DOCUMENTALMENTE COMPROVADO O VÍNCULO FAMILIAR E OBSERVADA A ORDEM DE VOCAÇÃO HEREDITÁRIA.

Identificação:

4290/2017

Data Publicação :

04/10/2017

Completo

PORTARIA Nº 44.209/2017 O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e atendendo a recomendação nº 2/2017 do Ministério Público, DETERMINA Art. 1º ? Que os médicos e instituições de tratamento médico, clínico, ambulatorial ou hospitalar: a) forneçam, quando solicitados pelo cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, os prontuários médicos do paciente falecido: desde que documentalmente comprovado o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária, e b) informem os pacientes acerca da necessidade de manifestação expressa da objeção à divulgação do seu prontuário médico após a sua morte. Art. 2º ? O fornecimento do respectivo prontuário fica adstrito a apresentação de certidão de óbito, comprovação do vínculo de parentesco, bem como do requerimento devidamente preenchido, conforme anexo a presente Art. 3º ? Nos casos em que o paciente encontra-se impossibilitado de comparecer, poderá, seu representante legal, devidamente habilitado, realizar o requerimento. Art. 4º ? Os casos omissos serão analisados pela Comissão de Ética Médica do município, que ficará responsável por analisar o pedido. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Araucária, 27 de setembro de 2017. CARLOS ALBERTO DE ANDRADE Secretário Municipal de Saúde ARAUCARIA PREFEITURA MUNICIPAL:80721168949 Assinado de forma digital por ARAUCARIA PREFEITURA MUNICIPAL:80721168949 DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Caixa Economica Federal, ou=AC CAIXA PJ v2, cn=ARAUCARIA PREFEITURA MUNICIPAL:80721168949 Dados: 2017.10.03 14:10:09 -03'00' ANEXO I FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO DE PACIENTE FALECIDO Eu,

_____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na Rua _____, bairro _____ CEP _____, cidade _____, neste ato, na qualidade de: () Herdeiro () Cônjuge Supérstite () Companheiro () Outros _____ Conforme documentação em anexo: _____.

Ainda, para os devidos fins, apresento, neste ato, cópia da certidão de óbito do paciente: _____, nascido em ____/____/____, filho de _____, atendido _____ no período de _____ à _____. Declaro, por fim, que tenho conhecimento da proibição quanto a divulgação do teor do prontuário médico ora requerido, sob pena de responsabilidade civil e penal, na forma da lei. Por ser expressão da verdade, firmo o presente requerimento. Araucária, ____ de _____ de _____

Assinatura do requerente

Telefone para contato