



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

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 encontre-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

41 3614-1470

Rua Pedro Druszczyk, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

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 _____,
_____ bairros
_____ 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