

POP

HUAP-UFF/EBSERH

Fornecimento de cópia de documentos do prontuário do paciente

Versão: 1 | 2025



1. QUEM

Equipe de Arquivo da Unidade de Gestão e Processamento da Informação Assistencial (UGPIA).

2. DEFINIÇÃO

Trata-se do processo de solicitação de cópia de prontuário do paciente.

3. OBJETIVO

Estabelecer procedimento para acesso do paciente à cópia do seu próprio prontuário.

4. MATERIAL

- Computador com acesso ao sistema do Arquivo Médico;
- Mesa;
- Cadeira
- Formulário;
- Papel A4;
- Impressora/Fotocopiadora

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

5.1 Critérios

- Atendimento às resoluções e normas vigentes de utilização de prontuário.
- Ter cuidado ao manusear o prontuário a fim de evitar danos.
- Preenchimento do formulário, conforme modelo no ANEXO I, independentemente do tipo de solicitação.
- O envio de cópias por meio eletrônico (e-mail) ocorrerá somente mediante solicitação formal. Nestes casos, o paciente, representante legal, familiar ou terceiro só poderá receber a cópia digital mediante o preenchimento do campo “e-mail”, formulário (ANEXO I), no ato da solicitação.
- Os formulários (ANEXO I) deverão ser conferidos, digitalizados e armazenados no drive Ebserh, obrigatoriamente.
- É obrigatória a conferência do documento de identificação oficial com foto de qualquer tipo de solicitação (paciente, responsável legal, familiar ou terceiro).
- O prazo para entrega das cópias é de até 10 dias úteis.
- Seguir os critérios de acesso a cópia do prontuário descritos abaixo:

TIPO DE SOLICITAÇÃO	CRITÉRIO
Pacientes Internados	Somente por via judicial, caso o paciente não esteja lúcido e responda por si.
Paciente	Efetua o preenchimento do formulário ANEXO I e apresenta documento oficial com foto.
Paciente menor de idade	Mediante solicitação do pai, mãe ou responsável legal e apresentação de documento oficial com foto.
Paciente incapaz	Mediante solicitação do representante legal com



	apresentação de cópia do termo de tutela ou curatela e do documento de identificação oficial com foto do responsável legal. Neste caso, o formulário de solicitação e a cópia do documento de tutela/curatela deverão ser arquivados digitalmente no drive da Ebserh.
Terceiros	Mediante apresentação de cópia de procuração ou de autorização registrada em cartório e de documento oficial com foto do solicitante. Neste caso, o formulário de solicitação e a cópia da procuração ou autorização deverão ser arquivadas digitalmente no drive da Ebserh.
Pacientes falecidos	Cônjuge/companheiro do paciente falecido. Filhos, netos ou pais (sucessores legítimos do paciente em linha reta) ou colaterais (irmãos, tios, sobrinhos...) até o 4º grau desde que comprove o vínculo familiar e observada a ordem de vocação hereditária. Deverá ser apresentado documento oficial de identificação com foto (original e cópia) do solicitante e a certidão de óbito (original e cópia) do paciente. As cópias da certidão de óbito, do formulário preenchido e do documento de identificação do solicitante deverão ser arquivadas digitalmente no drive da Ebserh e no prontuário do paciente.

5.2 Ações e responsáveis

RESPONSÁVEL	ATIVIDADE/TAREFA – SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DO PRONTUÁRIO
Recepcionista	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe com cordialidade o titular ou responsável legal que solicitar cópia de prontuário, no Arquivo Médico. 2. Confere o documento de identificação oficial e o preenchimento do formulário de solicitação de cópia de prontuário, conforme orientações do quadro acima. 3. Verifica, no caso de menor de idade ou incapaz, o documento de identificação e comprovante que evidencie a responsabilidade legal (pai, mãe, tutela e curatela) do solicitante. Neste caso, deverá ser apresentado o documento oficial de identificação também do menor ou incapaz; 4. Digitaliza uma cópia da procuração registrada em cartório caso a solicitação de acesso ao prontuário tenha sido efetua por terceiro. Alternativamente orienta o solicitante a buscar o serviço social caso necessite de esclarecimentos sobre como obter tal documento. 5. No caso de solicitações com procuração, a digitalização da procuração deverá ser salva na pasta do drive ou Teams Ebserh estabelecida para essa finalidade; 6. Confere o preenchimento do formulário (anexo I), digitaliza o pedido e o salva no drive ou Teams Ebserh;



	<p>7. Alimenta a planilha de controle de pedidos de cópia de prontuário, conforme modelo de planilha disponível no Teams;</p> <p>8. Entrega o recibo do protocolo ao solicitante e informa a data prevista de até 10 dias úteis para entrega da cópia do prontuário.</p> <p>9. Solicita o prontuário ao auxiliar de arquivo.</p>
Arquivista ou Técnico Administrativo	<p>10. Recebe a demanda judicial via processo SEI.</p> <p>11. Solicita o prontuário ao auxiliar de arquivo.</p> <p>12. Informa à equipe da recepção sobre a digitalização do prontuário.</p> <p>13. Após a digitalização, responde o processo SEI anexando o prontuário digitalizado.</p>
Auxiliar de Arquivo	<p>14. Procura no sistema a localização do prontuário físico, separa a via física, confere se o prontuário está em ordem cronológica decrescente, com a documentação fixada e após o entrega à recepção. Caso o prontuário do paciente tenha sido deslocado para alguma área de atendimento, aguarda o retorno para posterior disponibilização à equipe da recepção.</p> <p>15. Movimenta os prontuários disponibilizados no sistema SAME (ou outro sistema vigente) para o destino “Recepção Arquivo Médico”.</p>
Recepcionista	<p>16. Recebe o prontuário no sistema SAME (ou outro sistema vigente);</p> <p>17. Efetua a cópia digital (digitaliza) do prontuário e salva no drive Ebserh. A cópia deverá estar ordenada por temporalidade e totalmente completa, conforme solicitação do paciente.</p> <p>18. Envia a cópia ao solicitante através do e-mail ugpiarq.huapuff@bserh.gov.br ou alternativamente imprime a cópia digitalizada mediante o comparecimento do paciente ao Arquivo Médico.</p> <p>19. O envio da cópia digital, por e-mail, só está autorizado para pacientes que declararam o e-mail no formulário, de forma legível. Esse documento deverá ser assinado pelo paciente e anexado no prontuário após a realização da digitalização.</p> <p>20. Elimina a cópia digitalizada após a disponibilização ao solicitante e após 01 ano da solicitação.</p> <p>21. Proceder com a devolução no sistema e entrega o prontuário para a equipe de arquivamento/auxiliar de arquivo.</p>
Auxiliar de Arquivo	<p>22. Recebe o prontuário no sistema e o arquivar no local correto.</p>

6. REFERÊNCIAS

POP.SRAS.044 - Universidade Federal do Sergipe

Manual de Diretrizes e Boas Práticas para Gestão da Documentação Clínica na Rede Ebserh – 1ª Edição. Brasília, 2021.

Recomendação Conselho Federal de Medicina nº03/2014.

Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD, 2018).



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO PEDRO
 Rua Marques do Paraná, nº 303, prédio anexo, 6º andar - Bairro Centro
 Niterói-RJ, CEP 24033-900
 - http://huap-uff.ebserh.gov.br

Despacho - SEI

Processo nº 23818.001589/2025-11

Fornecimento de cópia de documentos do prontuário do paciente.
 POP.STCOR.UGPIA.013 - versão 1

Página 4 de 5

7.HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	Janeiro 2025	Emissão.

8.RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Márcia Regina Lima da Silva - UGPIA Valéria Machado Auad da Silva - UGPIA Juliana Lübke Castro - UGPIA Michelle Freire de Queiroz Sant'Ana - UGPIA	_____ Data: __/__/____
Análise Beatriz Pessanha Gonçalves - STCOR	_____ Data: __/__/____
Validação Lorrان Leite Reis - STGQ	_____ Data: __/__/____
Aprovação Verônica Alcoforado de Melo - SUP	_____ Data: __/__/____

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Documento assinado eletronicamente por **Lorrان Leite Reis, Analista Administrativo**, em 24/01/2025, às 15:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Pessanha Golçalves, Chefe de Setor**, em 27/01/2025, às 12:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Márcia Regina Lima Da Silva, Chefe de Unidade**, em 11/02/2025, às 11:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Valéria Machado Auad da Silva, Assistente Administrativo**, em 24/02/2025, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Michelle Freire de Queiroz, Arquivista**, em 25/02/2025, às 10:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Veronica Alcoforado de Miranda, Superintendente**, em 01/04/2025, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **46290610** e o código CRC **2F3A4DCC**.

ANEXO A - FORMULÁRIO



Universidade Federal Fluminense



SOLICITAÇÃO AO ARQUIVO MÉDICO

Nº do Protocolo: _____

Nome completo do paciente: _____

Nº do prontuário: _____ Telefone: (____) _____

<input type="checkbox"/> Cópia de Exame. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Cópia de Prontuário. Período: ____/____/____ a ____/____/____
<input type="checkbox"/> Laudo. Especialidade: _____ Período: ____/____/____ a ____/____/____
<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____

Autorizo este Hospital Universitário a fornecer, de acordo com as normas internas e leis vigentes, informações sobre o meu tratamento retiradas do meu prontuário (físico ou digital), conforme solicitado acima, para o meu representante _____

Nome completo do representante

Fica este hospital isento de qualquer responsabilidade que possa advir pela liberação dessas informações.

Autorizo o Hospital Universitário Antonio Pedro a enviar os dados solicitados para o seguinte e-mail: _____

Niterói, ____ de _____ de ____.

Assinatura do representante/pessoa autorizada

Assinatura do Paciente

