



**ORDEM DE SERVIÇO N° 25, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2020**

*Atualiza as diretrizes quanto ao fornecimento de informações contidas no prontuário do paciente bem como em arquivos institucionais dos diversos Departamentos, Gerências, Núcleos e Serviços do HCFAMEMA*

A Superintendência do Hospital das Clínicas de Marília - HCFAMEMA, no uso das atribuições legais e regulamentares, e

**CONSIDERANDO** o direito fundamental de acesso à informação previsto no art. 5º do inciso XXXIII da Constituição Federal e no art. 72 da Lei Estadual Nº 10.177/98;

**CONSIDERANDO** a Resolução CFM Nº 1.605/2000 que, em seu art. 6º, trata do fornecimento de cópia da ficha ou prontuário médico, desde que solicitado pelo paciente;

**CONSIDERANDO** a necessidade de regularizar o fornecimento de informações contidas no prontuário do paciente, bem como em arquivos institucionais dos diversos Departamentos, Gerências, Núcleos e Serviços do HCFAMEMA;

**CONSIDERANDO** que o serviço de busca e fornecimento da informação é gratuito, mas que a reprodução de documentos por órgão público poderá ser cobrada para ressarcimento dos custos dos serviços e materiais utilizados, conforme Lei Nº 12.527/2011; e

**CONSIDERANDO** a Lei Nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, que dispõe sobre a prova documental nos casos que indiquem impossibilidade de ressarcimento dos custos previstos, para todo aquele cuja situação econômica não lhe permita fazê-lo, entre outras situações.

**DETERMINA:**

1. Atualizar as diretrizes quanto ao fornecimento de informações contidas no prontuário do paciente bem como em arquivos institucionais dos diversos Departamentos, Gerências, Núcleos e Serviços do HCFAMEMA:

1.1 A solicitação de cópias reprográficas, digitalizadas e/ou impressas, em casos de documentos extraídos dos **prontuários dos pacientes**, se fará mediante preenchimento do formulário constante no ANEXO I - Autorização e Solicitação de Cópias de Exames e Documentos do Prontuário do Paciente, junto ao **Núcleo de Informação ao Usuário**.

1.2 A solicitação de cópias reprográficas, digitalizadas e/ou impressas, para os demais **documentos extraídos de arquivos** ou emitidos para os profissionais e demais interessados, se fará através do **Sistema de Informação ao Cidadão**, por meio do link: <http://www.sic.sp.gov.br/Cadastro.aspx>, encontrado no site hcfamema, no campo da Ouvidoria/SIC.



2. A **cobrança de cópias reprográficas e/ou impressas**, de prontuários, materiais em arquivo e demais documentos, quando esta for superior a 10 (dez) cópias, visando o **ressarcimento dos custos dos serviços e materiais utilizados**:

2.1 Os **valores para a cobrança dos custos** do material empregado na emissão de cópias reprográficas e/ou impressas serão **definidos pela Superintendência anualmente**, conforme ANEXO II - Tabela de Preços.

2.2 No momento da solicitação de cópias reprográficas e/ou impressas, o solicitante receberá um comprovante (1ª via) com o **valor do custo** das cópias para o pagamento **via depósito bancário**, conforme ANEXO III - Comprovante de Ressarcimento dos Custos de Cópias Reprográficas e/ou Impressas.

2.3 Após efetivação do pagamento, o solicitante apresentará o **comprovante** de depósito bancário ao **Núcleo de Informação ao Usuário**, que anexará na 2ª via do ANEXO III, a quitação dos referidos custos e encaminhará a **documentação solicitada à Equipe de Arquivamento para providências**.

2.4 A **2ª via do ANEXO III** deverá ser encaminhada para a **Gerência Orçamentária e Financeira do HCFAMEMA** para controle e baixa.

2.5 As solicitações de **cópias reprográficas e/ou impressas** deverão ser **providenciadas no prazo de até 20 (vinte) dias**, podendo ser **prorrogado por mais 10 (dez) dias**, desde que devidamente justificado, em conformidade com as legislações pertinentes.

2.6 As referidas solicitações que não excederem o total de **10 (dez) cópias** reprográficas e/ou impressas ficarão **isentas do pagamento de seus custos**.

2.7 **Será gratuito** o fornecimento de **certidões** (ou cópias reprográficas de documentos desse teor, como relatórios e atestados médicos, declarações de saúde e comparecimento) que se destinem a atender solicitações por parte de pacientes ou seus responsáveis atendidos nos Departamentos de Atenção à Saúde, para **defesa de direitos** ou **esclarecimento de situações de interesse pessoal**.

2.8 **Será gratuito** o fornecimento de **cópias de prontuários e laudos de exames**, quando se tratar de material imprescindível ao **encaminhamento de pacientes efetuados por profissionais do HCFAMEMA**.

2.9 Em caso de o interessado declarar **não possuir condições financeiras para o ressarcimento dos custos** previstos, o mesmo deverá preencher uma declaração de hipossuficiência, conforme modelo constante do **ANEXO IV - Declaração de Hipossuficiência**, que será anexada ao impresso de solicitação das cópias.



3. Orientar o **Núcleo de Informação ao Usuário** e o **Serviço de Informação ao Cidadão (SIC)**, quanto a disponibilização, **sempre que possível**, da **emissão eletrônica** de cópias de documentos expedidos, mediante registro do interessado, buscando garantir acesso a dados, documentos e informações, desde que respeitadas às hipóteses constitucionais de sigilo:

3.1 Na emissão de cópias reprográficas de material de arquivo será resguardado o direito ao sigilo de informação imposto para todos os funcionários da Instituição, cabendo aos responsáveis por cada Departamento, Gerência e Núcleo do HCFAMEMA exigirem o cumprimento dessa postura.

4. Esta ordem de serviço entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se a Ordem de Serviço HCFAMEMA 21, de 28 de maio de 2019.

Marília, 17 de fevereiro de 2020.

**DR. JOÃO PAULO KEMP LIMA**  
*Chefe de Gabinete*  
*Superintendência do HCFAMEMA*





**ANEXO I**

**AUTORIZAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE CÓPIAS DE EXAMES E  
DOCUMENTOS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
Registro do Prontuário: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**Tipo de Documentação:**

- ( ) Relatório Médico ( ) Atestado ( ) Declaração de Internação/Tratamento  
( ) Cópia do Primeiro Atendimento - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Cópia do Prontuário: ( ) completa ( ) parcial  
( ) internação ( ) consulta ( ) procedimento cirúrgico  
Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - Especialidade: \_\_\_\_\_  
( ) Cópia de Exames (especificar): \_\_\_\_\_  
Data ou período da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
( ) Formulários Específicos (descrever origem): \_\_\_\_\_  
( ) Outros (especificar): \_\_\_\_\_

**Tipo de Solicitação:**

- ( ) INSS (documentos para processos de: aposentadoria; afastamento médico; auxílio doença; renovação de benefícios e outros relacionados à Previdência Social)  
( ) DPVAT (documentos requeridos para análise do pedido de indenização, em casos de Acidentes de Trânsito)  
( ) Seguros (documentos para processos/sinistros de seguradoras)  
( ) IML (documentos para exames de Corpo de Delito)  
( ) Processos Judiciais (documentos para processos trabalhistas, área da Saúde, etc.)  
( ) Delegacia de Polícia (documentos para serem anexados em Boletins de Ocorrência)  
( ) Óbito (documentos para processos de: benefícios, seguros, entre outros, do paciente falecido)  
( ) Outras finalidades (especificar): \_\_\_\_\_

**A retirada do documento será realizada pelo:**

- ( ) Próprio Paciente  
( ) Representante Legal  
Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
( ) Pessoa autorizada pelo paciente\*  
Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

**O Solicitante é:**

- ( ) Próprio Paciente  
( ) Representante Legal  
Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
( ) Pessoa autorizada pelo paciente\*  
Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Solicitante

\* Autorização devidamente assinada com apresentação da documentação pessoal

Responsável pelo Acolhimento: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_





**ANEXO II**

**TABELA DE PREÇOS PARA COBERTURA DE CUSTOS NA EMISSÃO DE CÓPIAS  
REPROGRÁFICAS E/OU IMPRESSAS**

(01) CÓPIA – FRENTE .....	R\$ 0,10 (DEZ CENTAVOS)
(01) CÓPIA – FRENTE E VERSO .....	R\$ 0,15 (QUINZE CENTAVOS)







**ANEXO III**

**COMPROVANTE DE RESSARCIMENTO DOS CUSTOS COM CÓPIAS  
REPROGRÁFICAS E/OU IMPRESSAS**

**1ª Via**

<b>Nome do Solicitante:</b> _____
<b>Nome do Paciente:</b> _____
<b>Registro do Prontuário:</b> _____
<b>Número de Cópias:</b> _____ <b>Valor dos Custos:</b> _____
<b>Depósito - Banco do Brasil - Agência: 0141-4 - Conta Corrente nº 71163-2</b>
<b>Favorecido:</b> HCFAMEMA - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
<b>Data do Depósito:</b> ____/____/____.

-----

**COMPROVANTE DE RESSARCIMENTO DOS CUSTOS COM CÓPIAS  
REPROGRÁFICAS E/OU IMPRESSAS**

**2ª Via**

<b>Nome do Solicitante:</b> _____
<b>Nome do Paciente:</b> _____
<b>Registro do Prontuário:</b> _____
<b>Número de Cópias:</b> _____ <b>Valor dos Custos:</b> _____
<b>Depósito - Banco do Brasil - Agência: 0141-4 - Conta Corrente nº 71163-2</b>
<b>Favorecido:</b> HCFAMEMA - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
<b>Data do Depósito:</b> ____/____/____.





**ANEXO IV**

**"DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA"**

Eu \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_,  
(profissão) \_\_\_\_\_, portador do R.G. nº \_\_\_\_\_,  
inscrito no C.P.F. sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na  
Rua/Avenida \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_  
Estado de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, DECLARO  
para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre no sentido estrito do  
termo, não podendo arcar com os custos de pagamento da taxa reprográfica sem  
prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

Marília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

