



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO I – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO**

**DADOS DO PACIENTE**

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DO SOLICITANTE (Preencher somente se não for o próprio paciente)**

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Vínculo com o paciente: \_\_\_\_\_  
Tipo de Representação:  
☐ Procurador ☐ Responsável legal ☐ Parente de paciente falecido ☐ Outro: \_\_\_\_\_  
Número do instrumento de representação (procuração, tutela, curatela, etc.): \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOBRE O PRONTUÁRIO**

Unidade de saúde de atendimento: \_\_\_\_\_  
Período solicitado: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Motivo da solicitação: \_\_\_\_\_

**FORMA DE RECEBIMENTO DO PRONTUÁRIO (Assinale uma das opções)**

- ☐ Retirada presencial (cópia física impressa) – No setor de Recepção da SEMSA, mediante assinatura do termo de recebimento.
- ☐ Recebimento digital (formato PDF) – Envio ao e-mail abaixo informado, mediante assinatura do Termo de Autorização para Envio Digital.
- ☐ E-mail para recebimento: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO E CIÊNCIA**

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de que:

- O fornecimento do prontuário médico está condicionado à conferência da legitimidade e da documentação apresentada;
- O uso indevido das informações contidas no prontuário poderá gerar responsabilização administrativa, civil e penal;
- Os dados serão tratados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018).

**PARANAGUÁ, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_**

Assinatura do paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_

Documento conferido por (servidor responsável): \_\_\_\_\_

Data do protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° do processo: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO II – TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA RECEBIMENTO DE  
PRONTUÁRIO MÉDICO (CÓPIA FÍSICA)**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

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

Unidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Nº do processo administrativo: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e  
CPF nº \_\_\_\_\_, autorizo o fornecimento de cópia física do prontuário médico acima  
identificado, ciente de que:

- O documento contém informações sigilosas e pessoais, protegidas por legislação específica;
- Seu uso deve se restringir às finalidades legítimas informadas no pedido;
- É vedada a reprodução, divulgação ou compartilhamento não autorizado;
- A guarda e a confidencialidade do documento passam a ser de minha inteira responsabilidade após o recebimento.

**PARANAGUÁ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Assinatura do paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do servidor responsável pela entrega: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO III – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DIGITAL DE PRONTUÁRIO MÉDICO  
(FORMATO PDF)**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Unidade de atendimento: \_\_\_\_\_

 E-mail indicado para recebimento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

Declaro estar ciente e AUTORIZO a Secretaria Municipal de Saúde de Paranaguá a enviar, em formato digital (PDF), cópia do meu prontuário médico para o e-mail acima informado, observando as seguintes condições:

- O envio será realizado exclusivamente ao endereço eletrônico informado neste termo;
- O documento poderá conter dados pessoais sensíveis, protegidos pela Lei nº 13.709/2018 (LGPD);
- Assumo integral responsabilidade pela guarda, uso e confidencialidade dos dados após o envio;
- A SEMSA não se responsabiliza por eventual interceptação, perda ou acesso indevido decorrente de falhas externas ao sistema institucional, após o envio concluído.

**PARANAGUÁ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Assinatura do paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do servidor responsável: \_\_\_\_\_



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ANEXO IV – CHECKLIST DE CONFERÊNCIA (USO INTERNO DA SEMSA)  
CHECKLIST DE CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS – SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO – ANEXAR JUNTO AO  
PROCESSO INTERNO DE LIBERAÇÃO.**

Item	Documento / Procedimento	Apresentado	Observações
1	Formulário de Solicitação de Prontuário Médico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2	Documento de identificação do paciente digitalizado no e-mail institucional (RG/CPF)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3	Documento do solicitante (se não for o paciente)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4	Procuração / Termo de Representação / Curatela ou outro	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5	Certidão de óbito (quando aplicável)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6	Comprovação da posição sucessória (quando aplicável)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7	Termo de Autorização e Responsabilidade (físico ou digital)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8	Parecer Jurídico (se aplicável)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
9	Registro de entrega (assinatura ou confirmação de envio)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10	Arquivamento no processo administrativo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**PARANAGUÁ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_**

Servidor responsável: \_\_\_\_\_

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