



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: ____ / ____ / ____ Nº do processo: _____



PREFEITURA DE

PARANAGUÁ

UMA CIDADE PARA TODOS

SEMSA

Secretaria Municipal de Saúde

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 DE

PARANAGUÁ

UMA CIDADE PARA TODOS

SEMSA

Secretaria Municipal de Saúde

**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: _____