



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora – CEP: 60.135-101 Fortaleza – Ceará
Fone: 3230-3080 Fax: 3221-6929 E-mail: cremec@cremec.org.br

PARECER CREMEC N.º 7/2017

28/08/2017

Processo-Consulta Protocolo CREMEC nº 8619/2016

ASSUNTO: Prontuário médico: preenchimento, valor jurídico e auditoria.

INTERESSADA: Dra. Aléssia Holanda Soares

PARECERISTA: Cons. Alberto Farias Filho

EMENTA: O prontuário médico em suporte de papel é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente. No prontuário, em suporte de papel, podem ser usados formulários que facilitem a descrição dos atos médicos realizados. A assinatura ou rubrica carbonada e carimbada em documentos que requerem duas vias, tem valor jurídico, e se faz necessário que seja sempre de próprio punho. Não é permitido rasura no prontuário médico. O resumo de alta não substitui nenhum documento médico que seja parte integrante da assistência médica. A falta de documento médico que seja parte integrante da assistência médica, a falta de assinatura ou carimbo médico em tais documentos, ou a presença de rasura no prontuário, não impede que o mesmo seja auditado.

DA CONSULTA

Comissão de Revisão de Prontuários encaminha ofício ao CREMEC solicitando orientação acerca dos aspectos éticos das seguintes questões:

- 1) Pode ser usada caneta de cor diferente do azul ou preto para o preenchimento do prontuário? Podem ser usados ainda caneta porosa e/ou caneta marca-texto (qualquer cor) e/ou corretivo de qualquer tipo?



- 2) Pode ser usado modelo pré-escrito (como cópia, xerox) para descrição de cirurgias, partos ou outros procedimentos, e em seguida carimbar e assinar ou rubricar? Tal documento, desta forma, tem valor jurídico?
- 3) Pode ser feita evolução do paciente, bem como descrição cirúrgica, a partir de modelo salvo em computador, em seguida carimbar e assinar ou rubricar?
- 4) A assinatura ou rubrica carbonada e carimbada em documentos que requerem duas vias (como Resumo de Alta, receituário médico controlado) ou não, tem valor jurídico, ou se faz necessário que seja sempre de próprio punho?
- 5) Qual a importância da realização do resumo de alta do paciente? Qual o valor jurídico do mesmo? Em caso de não constar do prontuário por não realização ou perda do mesmo, isto prejudica o prontuário juridicamente? O mesmo se aplica a falta dos outros escritos do prontuário, como evolução médica, prescrição, descrição cirúrgica?
- 6) É permitido algum tipo de rasura no prontuário médico? Isso tem algum prejuízo juridicamente?
- 7) A Declaração de Óbito dispensa o Resumo de Alta por óbito?
- 8) A Declaração de Nascido Vivo dispensa o Resumo de Alta do recém-nascido?
- 9) A falta de um dos documentos que fazem parte do prontuário do paciente, a falta de assinatura ou carimbo médico em tais documentos, ou a presença de rasura no prontuário, impede o mesmo de ser auditado por um colega médico?

DO PARECER

Destacamos o que se segue:

A Lei 5.991/73, no Capítulo VI, que trata do Receituário, diz que

CAPÍTULO VI - Do Receituário

Art. 35 - Somente será aviada a receita:

- a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
- c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.



Parágrafo único. O receituário de medicamentos entorpecentes ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle, de acordo com a sua classificação, obedecerá às disposições da legislação federal específica.

[...] Art. 43 - O registro do receituário e dos medicamentos sob regime de controle sanitário especial não poderá conter rasuras, emendas ou irregularidades que possam prejudicar a verificação da sua autenticidade.

A Portaria MS nº 116 de 11 de fevereiro de 2009 estabelece que:

[...] Dos Documentos-padrão

Art. 10. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito (DO), constante no Anexo I desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973, para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil.

Art. 11. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), constante do Anexo II desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei no 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil. [...]

A Portaria do Ministério da Saúde nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no artigo 16 estabelece o conceito de alta hospitalar responsável dizendo *in verbis* que “A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

I - orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado;

II - articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica; [...]”.

Código de Ética Médica –

É vedado ao médico:

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora – CEP: 60.135-101 Fortaleza – Ceará
Fone: 3230-3080 Fax: 3221-6929 E-mail: cremec@cremec.org.br

Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Art. 54. Deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal.

Art. 87. Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§ 1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

De acordo com a Resolução CFM nº 1638/2002, o prontuário médico é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. A referida resolução estabelece no Art. 5º que compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
[...] d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal. (Res. CFM 1614/2001 art. 7º). Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria (Res. CFM 1614/2001 art. 7º §1º). O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações (Res. CFM 1614/2001 art. 9º).

A resolução CFM nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito considera que “Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica” e estabelece que:



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora – CEP: 60.135-101 Fortaleza – Ceará
Fone: 3230-3080 Fax: 3221-6929 E-mail: cremec@cremec.org.br

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Em 2014, o Conselho Federal de Medicina aprovou Parecer CFM 1/2014, subscrito pelo Conselheiro Pedro Eduardo Nader Ferreira, o qual diz em sua ementa que “a utilização de carimbo de médico em prescrição é opcional, pois não há obrigatoriedade legal ou ética. O que se exige é a assinatura com identificação clara do profissional e o seu respectivo CRM”. Nesse sentido, Genival Veloso de França esclarece que “o carimbo não identifica o prescritor, apenas expõe o nome completo de quem subscreve a receita” destacando que “sua finalidade é facilitar a leitura do nome do médico” (Direito Médico, 2014, p.21).

Genival Veloso de França ensina que “a receita e a prescrição em prontuário devem ser escritas a tinta, em vernáculo, de forma clara e por extenso”. (Direito Médico, 2014, p.22)

O prontuário é um elemento de valor probante fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades, à luz do entendimento do mestre Genival Veloso de França (Comentários ao Código de Ética Médica, 2010, p.206-207).

CONCLUSÃO

O prontuário médico é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente. No prontuário, em suporte de papel, podem ser usados formulários, que possam ser editáveis adaptando-se às condições de cada paciente, que facilitem a descrição dos atos médicos realizados e que devem ser preenchidos, em cada avaliação conforme o que preconiza o § 1º do artigo 87 do CEM.

A assinatura ou rubrica carbonada e carimbada em documentos que requerem duas vias (como Resumo de Alta, receituário médico controlado) tem valor ético e jurídico, e se faz necessário que seja sempre assinado de próprio punho.

O resumo de alta não tem o condão de substituir qualquer documento médico que seja parte da assistência ao paciente, tratando-se de um documento que cuida de ser uma orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento e um instrumento de articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção ao paciente. Portanto, diante do exposto quando do encaminhamento para outros serviços o resumo de alta do paciente é um documento de grande valor para a continuidade da assistência ao paciente e deve ser fornecido porque é vedado ao médico deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou por seu representante legal. O valor ético/jurídico do resumo de alta do paciente e dos demais documentos médicos contidos no prontuário é que este é um elemento de valor probante fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades. Portanto, no caso de o resumo de alta



do paciente não constar do prontuário por não realização ou perda do mesmo, isto prejudica o prontuário pois este é um elemento de valor probante fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades, e o mesmo se aplica a falta dos outros escritos do prontuário, como evolução médica, prescrição, descrição cirúrgica, dentre outros documentos médicos.

O registro do receituário e dos medicamentos sob regime de controle sanitário especial não poderá conter rasuras, emendas ou irregularidades que possam prejudicar a verificação de sua autenticidade. Os demais receituários também não deverão conter rasuras. Se presentes, deverão ser justificadas em observações escritas, no mesmo receituário, pelo profissional. A existência de rasura poderá comprometer a legibilidade do prontuário e conseqüentemente o valor probante fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades.

Baseado em França, Genival Veloso (Comentários ao Código de Ética Médica, 2010, p.194) entende-se que o atestado é diferente da declaração, porque no atestado, quem o firma por ter fé de ofício, prova, reprova ou comprova, já na declaração, exige-se apenas um relato de testemunho. A Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica. O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte. Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, por Morte Natural: a Declaração de Óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua falta por médico substituto pertencente à instituição, e a declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO. Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm, conforme o que preconiza a resolução CFM nº 1.779/2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.

A Declaração de Óbito é o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil. A Resolução CFM nº1799/ 2005 que regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito considera que a referida Declaração é parte integrante da assistência médica e determina no artigo 1º que “o preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte”.

O Resumo de Alta do recém-nascido é uma comunicação entre médicos que faz parte da atividade de referência e contrarreferência, sendo um documento distinto da Declaração de Nascido Vivo visto que esta é o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei no 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil.

A falta de documento médico que seja parte integrante da assistência médica, a falta de assinatura ou carimbo médico em tais documentos, ou a presença de rasura no prontuário, não impede que o mesmo seja auditado. Destaca-se que o médico, na



Serviço Público Federal
Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – CREMEC
Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora – CEP: 60.135-101 Fortaleza – Ceará
Fone: 3230-3080 Fax: 3221-6929 E-mail: cremec@cremec.org.br

função de auditor, tem o direito de acessar, in loco, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal (Res. CFM 1614/2001 art. 7º). Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria (Res. CFM 1614/2001 art. 7º §1º) O médico, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na prestação do serviço ao paciente, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações (Res. CFM 1614/2001 art. 9º).

Este é o parecer, s. m. j.

Fortaleza, 28 de agosto de 2017

Dr. Alberto Farias Filho
Conselheiro Parecerista

França, Genival Veloso de. Comentários ao Código de Ética Médica.- 6ª ed.- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010

França, Genival Veloso de. Direito médico. - 12ª ed.- Rio de Janeiro: Forense, 2014.