

Ministério da Saúde

**Fundação Oswaldo Cruz**

Casa de Oswaldo Cruz

## PORTARIA DA CASA DE OSWALDO CRUZ

Número	/028/2015 – COC		
Folha	01	De	05
Entrada em Vigor	28/10/2015		

Dispõe sobre o acesso às informações presentes nos prontuários de pacientes sob a guarda da Casa de Oswaldo Cruz

**O DIRETOR DA CASA DE OSWALDO CRUZ** no uso de suas atribuições e da competência que lhe confere a Portaria Fiocruz-PR nº 1.178, de 25/09/2015,

Considerando a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 no artigo 5º, incisos V, X e XXXIII;

Considerando a Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991, nos artigos 1º, 6º e 25;

Considerando a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, nos artigos 31, caput e §2º, e 34;

Considerando a Portaria MS/GM nº 2.376 de 15 de dezembro de 2003 no artigo 232, inciso I, alíneas a) b) c) d) e e);

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.583 de 19 de julho de 2012, nos artigos 31, 32, inciso II, 33, inciso II, e 34 §4º;

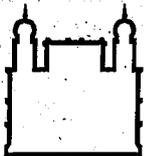
Considerando o parecer nº 20/2015/CCC/PF/FIOCRUZ/PGF/AGU da Procuradoria Federal junto à Fiocruz, de 13 de agosto de 2015 constante do processo administrativo nº 25067.000100/2015-87, resolve:

### 1. PROPÓSITO:

Reconhecer a importância e autorizar o acesso às informações contidas nos prontuários de pacientes reunidos na Seção Hospital Evandro Chagas (atual Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI) do Fundo Instituto Oswaldo Cruz, recolhidos ao Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, para a pesquisa científica e a recuperação de fatos históricos de maior relevância;

### 2. OBJETIVO:

Estabelecer procedimentos e responsabilidades para o acesso aos prontuários de pacientes.



### 3 PROCEDIMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE ACESSO:

3.1 – Para que seja autorizado o acesso aos prontuários objeto desta portaria deverá ser encaminhada solicitação de acesso contendo:

3.1.1) Qualificação completa do solicitante, nacionalidade, filiação, data de nascimento, identidade, CPF, endereços particular e profissional;

3.1.2) A descrição exata do que deseja acessar;

3.1.3) A finalidade do acesso as informações desejadas, ou seja, o uso que será dispensado a essas informações;

3.1.4) Esclarecimento do porquê essas informações são necessárias para se alcançar a finalidade indicada;

3.1.5) O tempo estimado para finalizar a pesquisa no acervo.

3.2 – A solicitação deverá ser acompanhada de um Termo de Compromisso e Responsabilidade no qual o solicitante assume o compromisso de:

3.2.1) Submeter-se a todas as exigências, procedimentos e regras definidas pela Casa de Oswaldo Cruz para acesso aos documentos de seu arquivo;

3.2.2) Utilizar as informações acessadas exclusivamente para os fins indicados no Termo de Compromisso e Responsabilidade;

3.2.3) Não reproduzir, divulgar ou compartilhar informações que permitam identificar a pessoa, titular dos dados acessados que constem nos prontuários.

3.2.3.1) Quando houver necessidade de individualização da informação o solicitante deverá fazê-lo de maneira que se torne impossível a identificação de seu titular;

3.2.4) Citar o acervo como fonte;

3.2.5) Entregar ao Departamento de Arquivo e Documentação um extrato da versão final do trabalho com todas as indicações e usos das informações acessadas, e

3.2.6) Assumir a responsabilidade pelos resultados danosos que por ação ou omissão resultem do acesso às informações indicadas.

3.3 – A Solicitação de Acesso, datada e assinada deverá ser entregue em 01 via original ao Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz instruída com:

3.3.1) Termo de Compromisso e Responsabilidade;

3.3.2) Declaração da instituição de pesquisa ou Programa de Pós-Graduação a que o solicitante esteja vinculado;

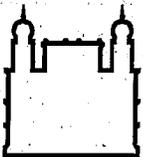
3.3.3) Cópia do projeto de pesquisa;

3.3.4) Cópia do documento de identidade e do CPF;

3.3.5) Cópia do parecer com decisão favorável emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa no que lhe compete.

3.4 – A solicitação deverá ser protocolada no DAD/COC/FIOCRUZ e será encaminhada para despacho do Diretor da COC/FIOCRUZ

3.4.1) Em caso de deferimento, o solicitante será encaminhado para a sala de consulta do



Ministério da Saúde

**Fundação Oswaldo Cruz**

Casa de Oswaldo Cruz

DAD/COC/FIOCRUZ onde tomará conhecimento das regras e procedimentos para consulta aos documentos.

#### **4 DO PEDIDO DE RECURSO**

4,1) Em caso de indeferimento, o solicitante poderá interpor recurso para decisão do Presidente da FIOCRUZ, que analisará o cumprimento das exigências desta portaria e os motivos da decisão denegatória do Diretor da COC/FIOCRUZ para uma decisão final.

#### **5 DOS CASOS OMISSOS**

Os casos omissos nesta Portaria serão resolvidos pelo Presidente da Fiocruz.

#### **6 VIGÊNCIA:**

A presente portaria tem vigência a partir da data de sua publicação.

PAULO ROBERTO ELIAN DOS SANTOS

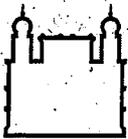
Diretor da Casa de Oswaldo Cruz

ANEXOS

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO

MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Cancela	Altera	Distribuição Geral	Data 28/10/2015.
---------	--------	-----------------------	---------------------



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Casa de Oswaldo Cruz

**SOLICITAÇÃO DE ACESSO A PRONTUÁRIOS DE PACIENTES SOB A  
GUARDA DO DEPARTAMENTO DE ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO DA CASA  
DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ**

\_\_\_\_\_  
(Nome completo)  
vem, por meio do presente, solicitar acesso a \_\_\_\_\_

(especificar claramente os documentos que deseja acessar, indicando o arquivo, nome do fundo, a seção, série, dossiê ou unidade documental desejada), a fim de subsidiar a pesquisa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(título do projeto, ainda que provisório) que tem por objetivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(descrever os objetivos gerais da pesquisa), conforme projeto de pesquisa anexo, aprovado na \_\_\_\_\_ (indicar a instituição e, quando for o caso, documento que comprove sua aprovação) e em avaliação ética de pesquisa pelo CEP/CONEP vinculado a(o) \_\_\_\_\_ (indicar a instituição).

Declaro que a realização dos objetivos deste projeto de pesquisa, somente poderão ser obtidos a partir dos dados pretendidos pelas razões seguintes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(esclarecer porque os resultados não podem ser obtidos por outro meio).

Informo que a pesquisa nos arquivos acima demandará o tempo compreendido entre os dias / / e / / (informar a data inicial e final necessárias para a realização da pesquisa no arquivo.)

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do solicitante)

**Dados do(a) solicitante**

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_  
(número, órgão e data de expedição)

CPF \_\_\_\_\_  
(número do CPF)

ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(indicação do logradouro, bairro, município e UF e do CEP)

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
(indicar a função na instituição a qual está vinculado; ex: pesquisador(a)/aluno(a))

INSTITUIÇÃO À QUAL ESTÁ VINCULADO (A): \_\_\_\_\_  
(indicar o nome completo da instituição, ou programa a que está vinculado(a))

**Anexos:**

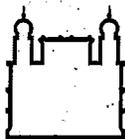
Termo de Compromisso e Responsabilidade

Declaração da instituição de pesquisa ou do programa de pós-graduação a que o(a) solicitante esteja vinculado(a);

Cópia do projeto de pesquisa;

Cópia do documento de identidade e do CPF;

Cópia do parecer com decisão favorável emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa, no que lhe compete.



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Casa de Oswaldo Cruz

## TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome, nacionalidade, filiação, data de nascimento), portador(a) do documento de identidade n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
(número, órgão e data de expedição) e do CPF n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ (número do CPF),  
residente a \_\_\_\_\_  
(endereço completo com indicação do logradouro, bairro, município e UF e do CEP),  
\_\_\_\_\_ (indicar a função exercida na instituição à qual está vinculado: ex:  
pesquisador(a)/aluno(a)) vinculado(a) a \_\_\_\_\_ (indicar o  
nome da instituição ou programa a que está vinculado(a)), responsável pelo projeto de pesquisa  
\_\_\_\_\_ (título do projeto, ainda que  
provisório), que tem por objetivo \_\_\_\_\_  
(descrever os objetivos gerais e específicos da pesquisa e a metodologia que utilizará para a consecução desses objetivos), aprovado na  
\_\_\_\_\_ (indicar a instituição e, quando for o  
caso, documento que comprove sua aprovação) e em avaliação ética de pesquisa pelo CEP/CONEP vinculado  
a(o) \_\_\_\_\_ (indicar a instituição), cujos resultados  
somente podem ser obtidos a partir das informações obtidas nos documentos abaixo indicados  
tendo em vista que \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (esclarecer porque os resultados não podem ser obtidos por outro meio), **declaro estar de acordo e comprometo-me a cumprir com as seguintes condições** para ter acesso a(os) \_\_\_\_\_ (especificar claramente os documentos que deseja acessar, indicando o arquivo, nome do fundo, a seção, série, dossiê ou unidade documental desejada) :

- a) submeter-me a todas exigências, procedimentos e regras definidas pela instituição para acesso aos documentos de seu arquivo;
- b) utilizar os dados acessados **exclusivamente** para os seguintes fins:  
\_\_\_\_\_  
(descrever os fins para os quais as informações são necessárias);
- c) não divulgar ou compartilhar nenhum dado pessoal no desenvolvimento do meu trabalho nem quando houver necessidade de individualização da informação, neste caso comprometo-me a fazê-lo de maneira que se torne impossível a identificação de seu titular;
- d) não reproduzir em meu trabalho e, em razão do acesso nenhum documento do acervo;
- e) citar o acervo como fonte e
- f) entregar um extrato da versão final do trabalho com todas as indicações e usos dos dados acessados.

Pelo presente instrumento assumo toda e qualquer responsabilidade sobre os resultados danosos que por ação ou omissão resultem de meu acesso aos dados indicados.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local) (Dia) (Mês) (Ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante