

A RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638, DE 10 DE JULHO DE 2002;

'Define **prontuário médico** e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. '

Art. 1º Definir prontuário médico como 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 carácter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A partir do que está exposto acima, verificamos que todo e qualquer dado ou informação, registrada em qualquer suporte (físico ou digital), sobre atividades de assistência (recepção, ambulatorial, internação, cirúrgico, emergencial) em relação a um individuo já constitui o Prontuário, mesmo que alguns documentos (exames, relatórios) isolados estejam arquivados em espaços físicos distintos para facilitar procedimentos ou por não caberem no Prontuário do Paciente.

Lembramos também que o Prontuário de Paciente está classificado como série documental no Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade: Atividades- Fim da Secretaria de Saúde (PCTTD-FIM) com o código (056.01.01.001).

Ademais, vale frisar que as **Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA)**, mesmo que acompanhada de poucos anexos, como por exemplo, exames, já constituem o Prontuário de Paciente (documento composto) ou o integram.

O que **definem os documentos são as atividades (Ler FAQ 'O que são documentos de arquivo')** que lhe deram origem e que são executadas para cumprir as atribuições legais da instituição. A **capa** dos Prontuários de Paciente são apenas proteções físicas dos documentos para evitar deteriorações do suporte físico (papel, película de RX) contidas nele.

Referência:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>