



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Porto Alegre, 16 de fevereiro de 2023.

NOTA TÉCNICA

Assunto: tipos de internação para pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo o uso problemático de álcool e outras drogas.

Objetivo: esclarecer sobre as formas de internação psiquiátrica, critérios e responsabilidades, a fim de aperfeiçoar os fluxos e minimizar o número de ações judiciais requerendo internação compulsória.

Interessados: equipes de saúde mental, centros de atenção psicossocial, hospitais, emergências psiquiátricas, demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre, Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público.

INTRODUÇÃO

Esta Nota Técnica tem o intuito de orientar a respeito de internações a pessoas com transtornos mentais, sejam relacionadas ao uso de álcool ou outras drogas ou não, principalmente as internações que são de forma involuntária. Baseia-se, no que diz respeito à internação psiquiátrica de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, prioritariamente na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (considerando suas alterações constantes na Lei 13.840, de 5 de junho de 2019) que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências, e em caráter complementar, na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e na Portaria nº 3 de 28 de setembro de 2017, Título IV “Do Controle das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV)”.

A Lei nº 10.216/2001, mais abrangente (por estabelecer requisitos de internação de pessoas portadoras de transtornos mentais - não exclusivamente relacionados a álcool e drogas), prevê três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. A Lei nº 13.840/2019, específica para pessoas usuárias e dependentes de drogas, permite dois tipos de internação: voluntária e involuntária.

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

INTERNAÇÃO

Lei nº 10.216/2001:

“A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Art. 4º e seus incisos):

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares (...).

“O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (Art. 5º).

“A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Art. 6º).

“Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência” (Art. 10º).

Lei nº 13.840/2019:

“O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social. (Art. 23-A e § 2º)

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação”.

Quadro 1: aspectos gerais sobre internação



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

TIPOS DE INTERNAÇÃO	
Voluntária (IPV)	Involuntária (IPI)
<p>Lei nº 10.216/2001: “A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento” (Art. 7º).</p> <p>Lei nº 11.343/2006: “deverá ser precedida de declaração escrita da pessoa solicitante de que optou por este regime de tratamento” e “seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento” (Art. 23-A, § 4º, incisos I e II).</p> <p>Lei nº 13.840/2019: “aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas” (Art. 23-A, § 3º, inciso I).</p>	<p>Lei nº 10.216/2001: “aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro” (Art. 6º, inciso II).</p> <p>Lei nº 13.840/2019: “aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad¹, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida” (Art. 23-A, § 3º, inciso II).</p> <p>“A internação involuntária: I - deve ser realizada após a formalização da decisão por médico responsável; II - será indicada depois da avaliação sobre o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde.” (Art. 23-A, § 5º, inciso I e II).</p>
Voluntária que se torna involuntária (IPVI)	
<p>Conforme o Art. 70 da Portaria de Consolidação nº 3/2017, “Se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação involuntária, o estabelecimento de saúde enviará ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente”.</p>	
Compulsória	
<p>Lei nº 10.216/2001: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.” (Art. 9º)</p>	

Quadro 2: Tipos de internação



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

No que se refere à internação voluntária, a Lei nº 10.216/2001 dispõe que “A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento”. No Anexo I consta o Modelo de Comunicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para internação psiquiátrica voluntária.

Sobre a internação involuntária, fica claro que o pedido é feito por terceiro (familiar, responsável legal ou na absoluta falta destes, de servidor público). Não há o que se falar em o servidor público, o serviço de referência ou o médico do serviço de referência responsabilizar-se pela internação involuntária. Sua responsabilidade consiste em formalizar o pedido como “Acompanhante, Responsável” pelo usuário, na ausência de familiares ou responsável legal. O responsável pela internação involuntária é o médico do estabelecimento de saúde onde se dará a internação.

Assim como o profissional do serviço de referência não será responsável pela internação, esta não poderá ser negada no caso do usuário que necessite da mesma não ter responsável da internação involuntária (casos por exemplo de pessoas em situação de rua), pois *“É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (...)”* (§11º da Terceira Diretriz da Resolução nº 553/2017).

Requer notificação ao Ministério Público Estadual?

Lei nº 10.216/2001:

“§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta” (Art. 8º).

PRT MS/GM 2.391/2002:

Parágrafo Único do Art. 5º. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I - identificação do estabelecimento de saúde;*
- II - identificação do médico que autorizou a internação;*
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;*
- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;*
- V - motivo e justificativa da internação;*
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;*
- VII - CID;*
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);*

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e
X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
XI - previsão estimada do tempo de internação

“Caberá ao Ministério Público o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente” (Art. 6º).

Lei nº 13.840/2019:

“Todas as internações e altas de que trata esta Lei (álcool e outras drogas) deverão ser informadas, em, no máximo, de 72 (setenta e duas) horas, ao Ministério Público, à Defensoria Pública e a outros órgãos de fiscalização, por meio de sistema informatizado único, na forma do regulamento desta Lei” (Art.23-A, § 7º).

Quadro 3: Notificação ao MP

Em relação à notificação ao Ministério Público Estadual, observa-se que a Lei nº 10.216/2001 especifica a comunicação pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido a internação involuntária (hospital) ao Ministério Público Estadual (MPE) em 72 horas. Já a Lei nº 13.840/2019 inclui todas as internações (voluntárias e involuntárias, relacionadas ao uso de álcool e drogas) e altas na comunicação ao MP e à Defensoria Pública (DP) no mesmo prazo, porém sem mencionar o responsável técnico do estabelecimento. Desta forma, pode-se inferir que há a necessidade de comunicação de todas as internações e altas por uso problemático de álcool e outras drogas ao MP e à DP, em 72 horas, pelo responsável técnico do hospital em que o usuário foi internado, bem como a comunicação de internação involuntária de pessoas portadoras de transtornos mentais, no mesmo prazo e pelo mesmo responsável.

Considerando que a internação involuntária envolve uma medida excepcional para salvaguardar indivíduo em situação de risco, por motivo de saúde, faz-se necessário que a solicitação realizada pelo serviço de referência seja precedida de avaliação psicossocial multiprofissional, com emissão de relatório de acompanhamento. O serviço de referência deve encaminhar o relatório ao hospital onde ocorrerá a internação, através de ofício. O hospital deve anexar o relatório ao Termo de Comunicação de Internação Involuntária (Anexo II), que será encaminhado ao Ministério Público em até 72 horas após a internação.

A participação do serviço de referência no preenchimento do termo de “COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO” ocorrerá no campo “Acompanhante/Responsável”, apenas na absoluta falta de familiares ou responsável legal pelo usuário, da seguinte forma:

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Acompanhante/Responsável

Nome: do coordenador(a) do serviço (por extenso)

Grau de parentesco: Coordenador (a) do serviço de saúde mental onde o usuário realiza acompanhamento - nome do serviço

Endereço: do serviço

Telefone: do serviço

RG: CNES do serviço

Assinatura: do coordenador(a) do serviço + carimbo do serviço

É responsabilidade do serviço de referência o encaminhamento do relatório de acompanhamento ao hospital, pois estas informações vão subsidiar a decisão do médico do hospital quanto a formalizar ou não a internação involuntária. Além disso, sempre que haja indicativo de interdição, os relatórios dos serviços devem ser também encaminhados à Promotoria de Justiça de Família e Sucessões de Porto Alegre (MP).

O relatório deve esclarecer:

- o tipo de droga utilizada, o padrão de uso e na hipótese comprovada da impossibilidade de utilização de outras alternativas terapêuticas previstas na rede de atenção à saúde;
- por que os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, justificando a internação;
- sobre a rede familiar, se houver;
- quanto à situação psicossocial;
- quanto a internações prévias e intercorrências e antecedentes psiquiátricos; e
- sobre o motivo de discordância do paciente quanto à internação.

A articulação do(s) serviço(s) de referência com a equipe do hospital deve ocorrer de forma contínua, desde a internação até a alta. A alta hospitalar deve envolver plano de alta articulado com o serviço de referência. Cabe ao serviço de referência informar ao Ministério Público sobre condição de vulnerabilidade e risco, situação de rua, bem como limitações do usuário em realizar o autocuidado.

DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO

Lei nº 10.216/2001: “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (Artº 5).

Lei nº 13.840/2019: *“perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, tendo seu término determinado pelo médico responsável (Art. 23-A, § 5º, inciso III).*

ALTA

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

Lei nº 13.840/2019: *“seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento” (Art. 23-A, § 4º, inciso II)*

Lei nº 10.216/2001: *“O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente” (Parágrafo único do Art. 7º).*

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Lei nº 13.840/2019: *“a família ou o representante legal poderá, a qualquer tempo, requerer ao médico a interrupção do tratamento” (Art. 23-A, § 5º, inciso IV),*

Lei nº 10.216/2001: *“O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento” (§ 2º do Art. 8º).*

Quadro 4: duração e alta da internação

RECOMENDAÇÕES

1. Que as internações sejam indicadas como último recurso terapêutico, buscando sempre antes a vinculação e acompanhamento com serviço de saúde e assistência social;
2. Que os hospitais recebam pessoas em situação de rua para internação, quando indicada, posteriormente comunicando o Ministério Público, sem exigência de critérios para aceite nas instituições de saúde;
3. Que os serviços de referência contribuam com o processo de internação, emitindo relatório e realizando o acompanhamento do usuário do início ao fim da internação;
4. Que os hospitais comuniquem o Ministério Público sobre as internações, conforme

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

apontado neste documento;

5. Que configurada a necessidade da internação, que esta seja efetivada preferencialmente como internação involuntária, sem necessidade de intervenção judicial;
6. Que não seja requerido pelo Ministério Público ao Poder Judiciário prazo de duração de internação, pois conforme o Art. 8º da Lei nº 10.216/2001, "*A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento*", cabendo ao médico a indicação da alta. Sugere-se ainda, que o MPRS possa auxiliar nas demandas por moradia no caso de pessoas em situação de rua.
7. Recomenda-se que a internação se efetive como involuntária, sem necessidade de intervenção judicial, através da ação dos órgãos do SUS.



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 6, de 11 de fevereiro de 2000.** Dispõe sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002.** Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017.**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. **Nota Técnica nº 001/2014.** Orientações aos Promotores de Justiça, quando da apreciação de requerimentos de internação psiquiátrica, especialmente tratando-se de dependente químico. Disponível em:

https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/NOTA_TECNICA_interna%C3%A7%C3%B5es - Caop Saude e Caop Infancia MPRN.pdf



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

ANEXO I

MODELO COMUNICAÇÃO DE TCLE PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA
VOLUNTÁRIA - Portaria 2.391/2002

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

Local e data: _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO
PSQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA Nº _____**

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ CNPJ: _____

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

CPF.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ U.F.: _____

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Setor: _____ C.I.D.: _____

Justificativa: _____

Médico Responsável: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar/ Responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F: _____

Endereço: _____ tel.: _____

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10.216.



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Porto Alegre, ____ de ____ de _____

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações:



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

ANEXO II

MODELO COMUNICAÇÃO DE IPI - Portaria 2.391/2002

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____, de _____ de 20__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ CNPJ: _____



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

2. PACIENTE

Nome : _____

Pai : _____ Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____ CPF.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

Acompanhante/Responsável

Nome: _____ Grau de parentesco: _____

Endereço: _____ tel.: _____

RG: _____ Assinatura: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Local: _____ C.I.D.: _____

Motivo da Internação: _____

Justificativa da Involuntariedade: _____

Motivo de discordância do paciente quanto à internação: _____



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Antecedentes psiquiátricos: _____

Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30

Médico Responsável pela Internação: _____

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Contexto familiar: _____

4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada

5. Dados sobre INSS: _____

6. Observações: _____



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

ANEXO III
COMUNICAÇÃO DE ALTA - Modelo Portaria 2.391/2002

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____, de _____ de 20__

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº _____

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ CNPJ.: _____

2. PACIENTE

Nome: _____

Pai: _____ Mãe: _____

Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ UF.: ____ CPF: _____

Naturalidade: _____ U.F.: ____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

3. ALTA

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____

Avenida João Pessoa, 325 – Centro Histórico – Porto Alegre/RS

Telefone: 51 3289.2775

E-mail: areamental@sms.prefpoa.com.br



PREFEITURA DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Justificativa da Alta: _____

Médico responsável pela alta: _____

Assinatura e Carimbo com nº de CRM

Familiar responsável pelo paciente: _____

Grau de Parentesco: _____ Identidade nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por: () médico () familiar () responsável legal ()

Outros: _____

5. Observações: