



**RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.**

Estabelece as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais.

**O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93, § 1º, da Constituição Estadual, e os incisos I e II, do artigo 46, da Lei Estadual nº 23.304, de 30 de maio de 2019 e, considerando:

- a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

- a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

- o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências; e

- a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.327, de 18 de fevereiro de 2021, que aprovou as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Minas Gerais.



**RESOLVE:**

Art. 1º – Estabelecer as regras de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado de Minas Gerais.

Parágrafo único – Os Hospitais de Apoio à RAPS são hospitais gerais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujos leitos de saúde mental deverão oferecer suporte hospitalar em atenção às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme preconizado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e na Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

Art. 2º – A equipe técnica destinada a realizar a assistência hospitalar ao usuário que apresente transtorno mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deverá:

I – ofertar o cuidado aos usuários em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial do território;

II – realizar/participar de reunião de matriciamento mensais sistematizadas com os todos os profissionais da rede;

III – definir um técnico de referência da instituição para dialogar com os profissionais dos outros serviços da rede visando à alta articulada;

IV – apoiar e participar da construção do Projeto Terapêutico Singular do usuário junto ao CAPS de referência;

V – executar e realizar ações de cuidado no território na perspectiva da redução de danos que possam estimular a autonomia e protagonismo dos usuários.

Art. 3º – O valor global do incentivo financeiro de custeio de que trata esta Resolução para o exercício de 2021 perfaz o montante de R\$ 10.098.198,00 (dez milhões, noventa e oito mil, cento e noventa e oito reais), onerando a dotação orçamentária n.º 4291.10.302.158.4456.0001 - 334141 - 10.1.

§ 1º – O valor mencionado no *caput* deste artigo tem como parâmetro o montante definido pelo Ministério da Saúde por leito de saúde mental em hospital geral, sendo repassado por fonte estadual até a publicação de Portaria de Habilitação.

§ 2º – São considerados habilitados aqueles serviços que constarem em publicação de Portaria de custeio pelo Ministério da Saúde estabelecendo o recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde.



Art. 4º – Para pleitear o incentivo financeiro previsto nesta Resolução o Município/Hospital deverá apresentar Proposta de Adesão e Interesse, conforme Anexo I, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, a contar da data de publicação desta Resolução.

§ 1º – A proposta de Adesão e Interesse deverá ser encaminhada pelos Municípios/Hospitais interessados por meio de correio eletrônico para a Gerência/Superintendência Regional de Saúde correspondente, impreterivelmente dentro do prazo informado no *caput* deste artigo.

§ 2º – Por motivos excepcionais e devidamente justificados é facultado à SES-MG a prorrogação dos prazos informados neste artigo por igual período.

Art. 5º – Caberá à Gerência/Superintendência Regional de Saúde:

I – recepcionar as propostas de adesão e interesse dos Municípios/Hospitais que cumpriram os prazos e estiverem devidamente assinadas pelos gestores e emitir consolidado, conforme modelo do Anexo II desta Resolução, e encaminhá-lo à Diretoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DSMAD/SRAS/SUBSPAS/SES-MG), por meio de Sistema informatizado dentro de 15 (quinze) dias corridos, a contar do fim do prazo disposto para os Municípios/Hospitais;

II – realizar pactuação em CIB Macro, considerando a grade de referência e necessidade do território.

Art. 6º – Os recursos previstos nesta Resolução são destinados ao Custeio de 150 (cento e cinquenta) novos leitos de saúde mental em hospital geral, considerando a necessidade dos territórios e os vazios assistenciais das Macrorregiões de Saúde.

Parágrafo único – Caso o quantitativo de pleitos supere o valor mencionado no *caput* deste artigo, será considerada a necessidade de leitos por Microrregião de Saúde.

Art. 7º – Para fazer jus ao recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Resolução o Hospital deverá atingir a(s) meta(s) dos indicadores definidos no Anexo III, conforme o caso, e cumprir os seguintes critérios estabelecidos no art. 17 da Resolução SES/MG n.º 7.225, de 16 de setembro de 2020:

I – ser público ou filantrópico, destinando minimamente 60% (sessenta por cento) dos leitos para o SUS;

II – estar situado em Municípios e Microrregiões onde haja necessidade de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas conforme disposto no Anexo IV da Resolução SES/MG n.º 7.225, de 16 de setembro de 2020;



III – ter um CAPS de referência no Município ou Microrregião de Saúde sinalizado na grade de referência;

IV – o quantitativo de leito previsto deverá seguir a proporção de 1 (um) leito de saúde mental para cada 23 (vinte e três) mil habitantes, facultada à SES a implantação de leito em um quantitativo populacional inferior, considerando a necessidade do território; e

V – o número de leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 10% (dez por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos.

Art. 8º – Após análise das propostas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) divulgará, por meio de Resolução específica, os Municípios/Hospitais habilitados ao recebimento do incentivo, os quais deverão aderir ao Programa por meio da assinatura do Termo de Compromisso/Metas.

Parágrafo único – A SES-MG selecionará as propostas considerando os seguintes critérios e pesos:

I – grade de referência contemplando o maior número de Municípios/Microrregião ou identificação na Proposta de Adesão e Interesse os Municípios/Microrregião contemplados na grade de referência a ser pactuada: Peso 1;

II – Microrregião com processo de desinstitucionalização em andamento ou necessidade identificada: Peso 2; e

III – vazio assistencial por Microrregião avaliado pela Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: Peso 3.

Art. 9º – O incentivo financeiro de que trata esta Resolução será repassado aos beneficiários mediante a formalização de instrumento de repasse no SiG-RES (Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde), ou outro sistema informatizado disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), observada a legislação aplicável.

Art. 10 – O incentivo financeiro deverá ser utilizado pelo beneficiário exclusivamente para o custeio de novos leitos de saúde mental e será repassado do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, ou diretamente à Instituição, a depender do ente gestor dos prestadores, em observância ao Decreto nº 45.468, de 13 de setembro de 2010, ou outro Regulamento que vier a substituí-lo.



§ 1º – O recurso será dividido em parte pré-fixada e pós-fixada, sendo 40% (quarenta por cento) e 60% (sessenta por cento), respectivamente, ambas vinculadas ao cumprimento de indicadores e metas pactuados no instrumento jurídico a ser celebrado.

§ 2º – Considerando a necessidade de estruturação dos hospitais para adequação às normas desta Resolução, a parte pré-fixada referente ao exercício de 2021 será repassada em parcela única e corresponderá a 40% do valor anual previsto.

§ 3º – O acompanhamento dos indicadores e metas, tendo como referência o exercício de 2021, será realizado para fins de orientar os beneficiários e produzir série histórica.

§ 4º – A parte pós-fixada será repassada mensalmente e corresponderá a 60% do valor previsto.

Art. 11 – O(s) indicador(es) e meta(s) a serem monitorados são aqueles discriminados no Anexo III desta Resolução.

§ 1º – Os resultados alcançados pelos beneficiários serão avaliados quadrimestralmente, conforme previsto no Anexo IV desta Resolução e na Resolução SES/MG nº 7.094, de 29 de abril de 2020, ou outro Regulamento que vier a substituí-la.

§ 2º – Para viabilizar o monitoramento do indicador caberá às Gerências/Superintendências Regionais de Saúde da SES/MG avaliar e enviar Relatório de Cumprimento de Indicadores, conforme modelo constante no Anexo V desta Resolução, via Sistema informatizado, para a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DSMAD/SRAS/SUBSPAS/SES-MG).

§ 3º – As Gerências/Superintendências Regionais de Saúde irão avaliar o cumprimento dos indicadores utilizando como base de informações o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES e o preenchimento da planilha autodeclaratória de equipe mínima por parte do prestador, conforme modelos constantes do Anexo VI.

§ 4º – A planilha autodeclaratória de equipe mínima deverá ser encaminhada mensalmente pelo Município/hospital, com o devido preenchimento e assinaturas correspondentes, via Sistema informatizado para às Gerências/Superintendências Regionais de Saúde.

§ 5º – Para o cuidado de até 10 leitos o prestador deverá informar na planilha autodeclaratória de equipe mínima as informações correspondentes ao profissional de referência.

§ 6º – Para os valores pós-fixados correspondentes ao primeiro quadrimestre será avaliado o monitoramento no período subsequente, considerando a data de publicação desta Resolução.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

§ 7º – Os descontos definidos na avaliação quadrimestral de desempenho incidirão no pagamento das parcelas das quatro competências mensais subsequentes.

§ 8º – Constatada a necessidade, a Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas poderá solicitar às Gerências/Superintendências Regionais de Saúde a emissão de parecer técnico detalhando o cumprimento dos indicadores em consonância com a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

Art. 12 – O presente Regulamento visa o atendimento de necessidade emergencial da Rede de Atenção Psicossocial do estado de Minas Gerais e poderá ser revisto quando da execução de política que contemple a ação de saúde ora tratada.

Art. 13 – As disposições contidas no Decreto Estadual nº 45.468/2010 e na Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014 ou Regulamento (s) que vier (em) a substituí-lo (s) relativas ao processo de prestação de contas deverão ser observadas.

Art. 14 – Eventuais saldos de recursos ou de rendimentos de aplicação financeira não utilizados em observância ao disposto neste Regulamento deverão ser restituídos ao FES ao final da execução do Termo, no ato da apresentação do processo de acompanhamento, controle e avaliação.

Art. 15 – A não apresentação do processo de acompanhamento, controle e avaliação no prazo estipulado, ou a sua não aprovação ensejará a adoção pela SES das providências estabelecidas no artigo 26 do Decreto Estadual nº 45.468, de 13 de setembro de 2010.

Art. 16 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2021.

**CARLOS EDUARDO AMARAL PEREIRA DA SILVA  
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE**



ANEXO I DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.

PROPOSTA DE ADESÃO E INTERESSE DO PRESTADOR

À SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
À SUPERINTENDÊNCIA/GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE  
A/C DA REFERÊNCIA TÉCNICA DE SAÚDE MENTAL

REF.: RESOLUÇÃO SES/MG Nº \_\_.\_\_\_\_, DE \_\_DE FEVEREIRO DE 2021.

EU \_\_\_\_\_, CPF Nº.....IDENTIDADE Nº....., GESTOR DO HOSPITAL ..... DO MUNICÍPIO DE....., POR MEIO DESTES INFORMOS INTERESSE DE ADESÃO AO INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO DESTINADO A IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL) DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS NO ÂMBITO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS, CONFORME DETALHAMENTO A SEGUIR:

| NOME DO HOSPITAL | CNES | QUANTITATIVO DE LEITOS | MUNICÍPIOS/MICRORREGIÃO A SER REFERENCIADA | CAPS DE REFERÊNCIA – MUNICÍPIO / CNES |
|------------------|------|------------------------|--|---------------------------------------|
|                  |      |                        |  |                                       |

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE QUE A PROPOSTA DE ADESÃO INTERESSE É VERDADEIRA.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do Hospital.

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do SUS Municipal

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



**ANEXO II DA RESOLUÇÃO SES/MG N° 7.412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.**

CONSOLIDADO DAS PROPOSTAS DE ADESÃO E INTERESSE DA  
SRS/GRS.....

À SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS

REF.: RESOLUÇÃO SES/MG N° \_\_.\_\_\_\_, DE \_\_DE FEVEREIRO DE 2021.

A SUPERINTENDÊNCIA/GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE .....  
ENCAMINHA O CONSOLIDADO DAS PROPOSTA DE ADESÃO E INTERESSE DO  
PRESTADOR AO INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO DESTINADO A  
IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO HOSPITALAR DE REFERÊNCIA (LEITOS DE SAÚDE  
MENTAL EM HOSPITAL GERAL) DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO  
DE MINAS GERAIS NO ÂMBITO DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL,  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS. CONFORME  
DETALHAMENTO A SEGUIR:

| NUMERO DA PROPOSTA | NOME DO HOSPITAL | CNES | QUANTITATIVO DE LEITOS | MUNICÍPIOS/MICRORREGIÃO A SER REFERENCIADA | MUNICÍPIO -CAPS REFERENCIAL |
|--------------------|------------------|------|------------------------|--|-----------------------------|
|                    |                  |      |                        |  |                             |

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE QUE ESTE CONSOLIDADO CONTEMPLA  
TODAS AS PROPOSTA DE ADESÃO INTERESSE RECEBIDAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Referência Técnica em Saúde Mental da Superintendência/Gerência  
Regional de Saúde.

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Coordenação da Superintendência/Gerência Regional de Saúde

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



**ANEXO III DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.**

INDICADOR

**Indicador:** Percentual de Equipe Técnica Mínima para os leitos de saúde mental em hospital geral.

**Descrição:** De acordo com a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas das redes do sistema único de saúde e em atendimento a Política Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais instituída pela Resolução SES/MG nº5.461, de 19 de outubro de 2016, os serviços hospitalares de referência para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas devem possuir equipe técnica mínima conforme o quantitativos de leitos e descritos a seguir:

A Equipe Técnica Mínima deverá ser composta:

I - para o cuidado de até 4 leitos, equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) profissional de nível superior com especialização na área de saúde nível superior das seguintes categorias: Psicólogo, Enfermeiro, assistencial social ou terapeuta ocupacional;
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- d) 1 (um) médico psiquiatra de referência, podendo ser um profissional lotado na Rede de Atenção à Saúde do município, do Centro de Atenção Psicossocial de referência e/ou do município que possuir o Centro de Atenção Psicossocial de referência.

Nos casos de inexistência do médico psiquiatra dentro das opções informadas no item d) será aceito como profissional de referência do leito o médico com formação em saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial de referência.

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos.



d) 1 (um) médico psiquiatra de referência, podendo ser um profissional lotado na Rede de Atenção à Saúde do município, do Centro de Atenção Psicossocial de referência e/ou do município que possuir o Centro de Atenção Psicossocial de referência.

Nos casos de inexistência do médico psiquiatra dentro das opções informadas no item d) será aceito como profissional de referência do leito o médico com formação em saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial de referência.

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- d) 1 (um) médico, psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;
- d) 1(um) médico clínico responsável pelos leitos; e
- e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.

**Meta:** 100%

**Fórmula de Cálculo:** Quantidade de Equipe Técnica Mínima Existente

$$\frac{\text{Quantidade de Equipe Técnica Mínima Existente}}{\text{Quantidade de Equipe Técnica Mínima Esperada}} * 100$$

**Periodicidade de avaliação:** mensal.

**Polaridade:** maior melhor



**ANEXO IV DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.**

**CRONOGRAMA DE MONITORAMENTO**

| <b>Período de Monitoramento da base de dados</b> | <b>Apuração dos Resultados</b> | <b>Meses de execução do repasse quadrimestral com os descontos</b> |
|--|--------------------------------|--|
| Janeiro a Abril de 2021*                         | Novembro                       | Janeiro a Abril  |
| Maio a Agosto de 2021                            | Novembro                       | Janeiro a Abril  |
| Setembro a Dezembro de 2021                      | Março                          | Maio a Agosto  |

\*O monitoramento do primeiro quadrimestre de 2021 será equivalente ao monitoramento do segundo quadrimestre de 2021 considerando a data de publicação da Resolução.



**ANEXO V DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.**

**RELATORIO DE CUMPRIMENTO DE INDICADORES**

À SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS  
SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DIRETORIA DE SAÚDE MENTAL ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS

REF.: RESOLUÇÃO SES/MG Nº \_\_.\_\_\_\_, DE \_\_ DE SETEMBRO DE 2020.

A SUPERINTENDÊNCIA/GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE \_\_\_\_\_, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO SES/MG Nº \_\_.\_\_\_\_, DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2021 ANALISOU AS INFORMAÇÕES CADASTRADAS NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – (CNES) E DEMAIS INFORMAÇÕES APRESENTADAS PELO HOSPITAL/PRESADOR: \_\_\_\_\_, E CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO O MESMO APRESENTOU O CUMPRIMENTO DO INDICADOR POSSUINDO A EQUIPE TÉCNICA MÍNIMA ESTABELECIDADA PELA PRT MS/GM 148/2012, ART. 7º, I, NO PERÍODO DE \_\_, \_\_\_\_ A \_\_, \_\_\_\_ , QUE COMPREENDE O MONITORAMENTO DO QUADRIMESTRE RESPECTIVO.

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE, COMO VERDADEIRO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Referência Técnica em Saúde Mental da  
Superintendência/Gerência Regional de Saúde.

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Coordenação da Superintendência/Gerência Regional de Saúde

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



ANEXO VI DA RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.412, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2021.

PLANILHA AUTO DECLARATÓRIA DE EQUIPE MÍNIMA POR PARTE DO PRESTADOR

MODELO I ATÉ 04 LEITOS

| <b>Instituição:</b>   |                                   |                       |      |                       |      |
|---|-----------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|
| <b>Município:</b>   |                                   |                       |      |                       |      |
| <b>Mês/ Ano de competência:</b>   |                                   |                       |      |                       |      |
| Indicador   |                                   | Peso                  |      | Meta                  |      |
| Equipe Técnica Mínima até 4 leitos  |                                   | 100%                  |      | 100%                  |      |
| <b>Equipe técnica multiprofissional mínima para até 4 leitos:</b><br><br>(1) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;<br>(1) profissional de nível superior com especialização na área da saúde;**<br>(1) médico clínico responsável pelos leitos; e<br>(1) profissional de referência.***  |                                   |                       |      |                       |      |
| *considerando equipe técnica mínima estabelecida no Anexo III da Resolução SES/MG nº X.XXX, de 18 de fevereiro de 2021.<br>**categorias de especializações: Psicólogo, Enfermeiro, assistencial social ou terapeuta ocupacional.<br>***prioritariamente Médico Psiquiatra ou médico com formação em saúde mental em observação ao disposto no indicador da Resolução SES/MG nº X.XXX, de 18 de fevereiro de 2021. |                                   |                       |      |                       |      |
| DIA   | ESPECIALIDADE                     | DIA                   |      | NOITE                 |      |
|   |                                   | REGISTRO PROFISSIONAL | Nome | REGISTRO PROFISSIONAL | Nome |
| 1   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                       | -    |                       | -    |
|   | Profissional de Nível Superior**  |                       | -    |                       | -    |
|   | Médico Clínico Responsável        |                       | -    |                       | -    |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 2 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 3 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 4 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 5 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 6 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 7 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 8 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |   |   |
|----|-----------------------------------|---|---|
| 9  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 10 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 11 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 12 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 13 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 14 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 15 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  | - | - |
|    | Médico Clínico Responsável        | - | - |
|    | Profissional de Referência***     | - | - |
| 16 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem | - | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 17 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 18 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 19 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 20 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 21 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 22 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 23 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 24 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 25 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 26 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 27 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 28 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 29 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 30 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |
| 31 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional de Nível Superior**  |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência***     |  | - |  | - |

**Inclua observações sobre o preenchimento:**

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA PLANILHA SÃO VERDADEIRAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do Hospital.

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do SUS Municipal

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**MODELO II DE 05 A 10 LEITOS**

**Instituição:**



|   |             |             |
|---|-------------|-------------|
| <b>Município:</b>   |             |             |
| <b>Mês/ Ano de competência:</b>   |             |             |
| <b>Indicador</b>  | <b>Peso</b> | <b>Meta</b> |
| Equipe Técnica Mínima 5 a 10 leitos   | 100%        | 100%        |
| <b>Equipe técnica multiprofissional mínima para 5 a 10 leitos:</b>  |             |             |
| (2) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;<br>(2) profissionais de saúde mental de nível superior;<br>(1) médico clínico responsável pelos leitos; e<br>(1) profissional de referência**   |             |             |
| *considerando equipe técnica mínima estabelecida no Anexo III da Resolução SES/MG nº X.XXX, de 18 de fevereiro de 2021.<br>**prioritariamente Médico Psiquiatra ou médico com formação em saúde mental em observação ao disposto no indicador da Resolução SES/MG nº X.XXX, de 18 de fevereiro de 2021. |             |             |

| DIA | ESPECIALIDADE                     | DIA                   |      | NOITE                 |      |
|-----|-----------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|
|     |                                   | REGISTRO PROFISSIONAL | Nome | REGISTRO PROFISSIONAL | Nome |
| 1   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                       | -    |                       | -    |
|     | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                       | -    |                       | -    |
|     | Profissional em Saúde Mental*     |                       | -    |                       | -    |
|     | Profissional em Saúde Mental*     |                       | -    |                       | -    |
|     | Médico Clínico Responsável        |                       | -    |                       | -    |
|     | Profissional de Referência **     |                       | -    |                       | -    |
| 2   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                       | -    |                       | -    |
|     | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                       | -    |                       | -    |
|     | Profissional em Saúde Mental*     |                       | -    |                       | -    |
|     | Profissional em Saúde Mental*     |                       | -    |                       | -    |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 3 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 4 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 5 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 6 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 7  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 8  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 9  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 10 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
| 11 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 12 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 13 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 14 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 15 | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 16 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 17 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 18 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 19 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 20 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 21 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 22 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 23 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 24 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 25 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 26 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 27 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 28 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 29 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 30 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Profissional de Referência **     |  | - |  | - |
| 31 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

|                               |  |   |  |   |
|-------------------------------|--|---|--|---|
| Profissional em Saúde Mental* |  | - |  | - |
| Médico Clínico Responsável    |  | - |  | - |
| Profissional de Referência ** |  | - |  | - |

**Inclua observações sobre o preenchimento:**

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA PLANILHA SÃO VERDADEIRAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do Hospital.

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do SUS Municipal

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_



MODELO III DE 11 A 20 LEITOS

|  |                                   |                              |             |                              |             |
|--|-----------------------------------|------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| <b>Instituição:</b>  |                                   |                              |             |                              |             |
| <b>Município:</b>  |                                   |                              |             |                              |             |
| <b>Mês/ Ano de competência:</b>  |                                   |                              |             |                              |             |
| <b>Indicador</b>   |                                   | <b>Peso</b>                  | <b>Meta</b> |                              |             |
| Equipe Técnica Mínima 11 a 20 leitos   |                                   | 100%                         | 100%        |                              |             |
| <b>Equipe técnica multiprofissional mínima para até 11 a 20 leitos:</b>  |                                   |                              |             |                              |             |
| (4) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;  |                                   |                              |             |                              |             |
| (1) enfermeiro(a) por turno;   |                                   |                              |             |                              |             |
| (2) profissionais de saúde mental de nível superior; e   |                                   |                              |             |                              |             |
| (1) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.  |                                   |                              |             |                              |             |
| *considerando equipe técnica mínima estabelecida no Anexo III da Resolução SES nº X.XXX, de 18 de fevereiro de 2021. |                                   |                              |             |                              |             |
| <b>DIA</b>   | <b>ESPECIALIDADE</b>              | <b>DIA</b>                   |             | <b>NOITE</b>                 |             |
|  |                                   | <b>REGISTRO PROFISSIONAL</b> | <b>Nome</b> | <b>REGISTRO PROFISSIONAL</b> | <b>Nome</b> |
| 1  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -           |                              | -           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -           |                              | -           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -           |                              | -           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -           |                              | -           |
|  | Enfermeiro(a)                     |                              | -           |                              | -           |
|  | Profissional em                   |                              | -           |                              | -           |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Saúde Mental*                     |  |   |  |   |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 2 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 3 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 4 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 5 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 6 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 7 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 8 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 9 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 10 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 11 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 12 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 13 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 14 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 15 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 16 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 17 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 18 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 19 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 20 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 21 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 22 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 23 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 24 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 25 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 26 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 27 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 28 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 29 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 30 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável*       |  | - |  | - |
| 31 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



|                               |  |   |  |   |
|-------------------------------|--|---|--|---|
| Profissional em Saúde Mental* |  | - |  | - |
| Profissional em Saúde Mental* |  | - |  | - |
| Médico Clínico Responsável*   |  | - |  | - |

Inclua observações sobre o preenchimento:

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA PLANILHA SÃO VERDADEIRAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do Hospital.

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do SUS Municipal

CI: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**MODELO IV DE 21 A 30 LEITOS**



|  |                                   |                              |                           |                              |                             |
|--|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Instituição:</b>  |                                   |                              |                           |                              |                             |
| <b>Município:</b>  |                                   |                              |                           |                              |                             |
| <b>Mês/ Ano de competência:</b>  |                                   |                              |                           |                              |                             |
| <b>Indicador</b>   |                                   | <b>Peso</b>                  |                           | <b>Meta</b>                  |                             |
| Equipe Técnica Mínima 21 a 30 leitos   |                                   | 100%                         |                           | 100%                         |                             |
| <b>Equipe técnica multiprofissional mínima para até 21 a 30 leitos:</b>  |                                   |                              |                           |                              |                             |
| <p>(6) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;<br/>(1) enfermeiro(a) por turno;<br/>(3) profissionais de saúde mental de nível superior; e<br/>(1) médico clínico responsável pelos leitos; e<br/>(1) médico psiquiatra, responsável pelos leitos.</p> |                                   |                              |                           |                              |                             |
| *considerando equipe técnica mínima estabelecida no Anexo III da Resolução SES nº X.XXX, de 18 de fevereiro de 2021.   |                                   |                              |                           |                              |                             |
| <b>DIA</b>   | <b>ESPECIALIDADE</b>              | <b>REGISTRO PROFISSIONAL</b> | <b>DIA</b><br><b>Nome</b> | <b>REGISTRO PROFISSIONAL</b> | <b>NOITE</b><br><b>Nome</b> |
| 1  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Enfermeiro(a)                     |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Profissional em Saúde Mental*     |                              | -                         |                              | -                           |
|  | Profissional em Saúde Mental*     |                              | -                         |                              | -                           |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 2 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 3 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 4 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 5 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 6 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 7 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|   |                                   |  |   |  |   |
|---|-----------------------------------|--|---|--|---|
|   | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 8 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|   | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|   | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 9 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|   | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Enfermagem                        |   |   |   |   |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 10                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |
| 11                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de            |   | - |   | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Enfermagem                        |   |   |   |   |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 12                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |
| 13                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de            |   | - |   | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Enfermagem                        |   |   |   |   |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 14                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |
| 15                            | Técnico ou Auxiliar de            |   | - |   | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 16 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 17                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |
| 18                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 19 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 20 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 21 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 22 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 23 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 24 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|    |                                   |  |   |  |   |
|----|-----------------------------------|--|---|--|---|
|    | Enfermagem                        |  |   |  |   |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 25 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Enfermeiro(a)                     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Profissional em Saúde Mental*     |  | - |  | - |
|    | Médico Clínico Responsável        |  | - |  | - |
|    | Médico Psiquiatra Responsável     |  | - |  | - |
| 26 | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |  | - |  | - |
|    | Técnico ou Auxiliar de            |  | - |  | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Enfermagem                        |   |   |   |   |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 27                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |
| 28                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de            |   | - |   | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Enfermagem                        |   |   |   |   |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 29                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |
| 30                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de            |   | - |   | - |



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

|                               |                                   |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
|                               | Enfermagem                        |   |   |   |   |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
|                               | Médico Psiquiatra Responsável     |   | - |   | - |
| 31                            | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Técnico ou Auxiliar de Enfermagem |   | - |   | - |
|                               | Enfermeiro(a)                     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Profissional em Saúde Mental*     |   | - |   | - |
|                               | Médico Clínico Responsável        |   | - |   | - |
| Médico Psiquiatra Responsável |                                   | - |   | - |   |



Inclua observações sobre o preenchimento:

DECLARO E AFIRMO PELO PRESENTE QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA PLANILHA SÃO VERDADEIRAS.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do Hospital.

Cl: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do (a) Gestor (a) do SUS Municipal

Cl: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_