



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará –  
CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora - 60135-101  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230-3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@cremec.org.br

**RECOMENDAÇÃO Nº 3/2021 – PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO PARA  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA**

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO CEARÁ - CREMEC, no uso das atribuições que lhe confere a Lei 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009;

CONSIDERANDO a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO serem direitos da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento de saúde, consentâneo às suas necessidades, ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (Lei nº 10.216/2001, art. 2º, I e II);

CONSIDERANDO que a internação psiquiátrica, incluindo a internação compulsória (aquela determinada pela Justiça), somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos (Lei nº 10.216/2001, art. 6º, III);

CONSIDERANDO a necessidade de orientar os médicos quanto à elaboração de documento circunstanciado, previsto em lei, para subsidiar a decisão judicial quanto à internação compulsória;

CONSIDERANDO o disposto no art. 73 do Código de Ética Médica (CEM), o qual veda ao médico:

*Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.*

CONSIDERANDO ser vedado ao médico atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição (CEM, art. 11);



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará –  
CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora - 60135-101  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230-3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@cremec.org.br

CONSIDERANDO ser vedado ao médico deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento (CEM, art. 86);

CONSIDERANDO ser vedado ao médico deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal (CEM, art. 91);

CONSIDERANDO o estabelecido na Resolução CFM nº 1.658/2002 (alterada pela Resolução CFM nº 1.851/2008), que normatiza a emissão de atestados médicos, a qual determina:

*Art. 3º Na elaboração do atestado médico, o médico assistente observará os seguintes procedimentos:*

*I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;*

*II – estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;*

*III - registrar os dados de maneira legível;*

*IV - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.*

*Parágrafo único. Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:*

*I - o diagnóstico;*

*II - os resultados dos exames complementares;*

*III - a conduta terapêutica;*

*IV - o prognóstico;*

*V - as consequências à saúde do paciente;*

*VI - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementarmente o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação;*

*VII - registrar os dados de maneira legível;*

*VIII - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.*

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Sessão Plenária virtual do CREMEC, ocorrida no dia 06/09/2021.



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará –  
CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora - 60135-101  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230-3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@cremec.org.br

**RECOMENDA:**

1. Elaborar documento médico circunstanciado (relatório), mediante solicitação do paciente ou do seu responsável legal, para auxiliar a decisão da Justiça em benefício exclusivo do paciente.
2. As informações relativas ao sigilo da relação médico-paciente (diagnóstico nosológico, quadro clínico, evolução da doença, tipos de tratamento, prognóstico), constantes no documento, deverão ser autorizadas pelo paciente ou por seu responsável legal.
3. A título de sugestão, o documento deverá conter, minimamente:
  - a) Identificação do paciente: nome completo, RG e/ou CPF
  - b) Nome do estabelecimento de saúde no qual o paciente foi atendido, com endereço e contato telefônico;
  - c) As características da doença e a evolução clínica apresentada pelo paciente, incluindo o diagnóstico codificado (CID-10);
  - d) O tempo em que o paciente vem sendo acompanhado pelo médico;
  - e) Se o paciente está sendo atendido por algum Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ou outro tratamento ambulatorial;
  - f) O tratamento prévio do paciente, incluindo os medicamentos;
  - g) Caso haja necessidade de internação compulsória, justificá-la (ex. agressividade, recusa a tratamento ambulatorial, risco a si ou a terceiros, surto, etc.).
4. A título de sugestão, propomos como modelo de documento a ser preenchido pelo médico, o “Formulário de Avaliação da Necessidade de Internação Compulsória” (em anexo).

Fortaleza, 06 de setembro de 2021.

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ**



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará –  
CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora - 60135-101  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230-3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@cremec.org.br

### Modelo sugerido

## Formulário de Avaliação da Necessidade de Internação Compulsória – Lei nº 10.216/01

Paciente (nome completo): \_\_\_\_\_

CPF ou R G : \_\_\_\_\_

Atendimento: ( ) SUS ( ) Particular

1. Nome completo do médico assistente, CRM e especialidade/RQE (se possuir): \_\_\_\_\_

2. Nome do estabelecimento de saúde onde o paciente foi atendido, endereço e telefone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Há quanto tempo o paciente vem sendo acompanhado pelo médico assistente?

[ ] único atendimento

[ ] entre 1 a 6 meses

[ ] entre 6 meses a 1 ano

[ ] entre 1 a 2 anos

[ ] mais de 2 anos

4. Qual o diagnóstico do paciente (*indicar denominação constante da \*CID-10*):

\_\_\_\_\_

5. Quais as características do problema de saúde e a evolução clínica do paciente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. O paciente está sendo atendido por algum Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ou outro tratamento ambulatorial?

[ ] Não [ ] Sem elementos para responder

[ ] Sim

a) Indicar nome do local, endereço e telefone

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará –  
CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora - 60135-101  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230-3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@cremec.org.br

- b) Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
c) Indicar objetivamente o tratamento que estava sendo desenvolvido, relacionando, se aplicável, os medicamentos ministrados ao paciente (caso tenha elementos para responder):

---

---

---

---

---

- d) Esse usuário passou por uma avaliação de outros profissionais? ( ) Sim ( ) Não  
Qual profissional?

( ) Enfermeiro ( ) Assistente social ( ) Psicólogo ( ) Outros:

---

- 7) Você indica a internação para este paciente?

( ) Sim

( ) Não

- 8) Caso tenha respondido positivamente à questão anterior:

- a) Justifique a insuficiência das tentativas de intervenção extra-hospitalares para este paciente (caso tenha elementos para responder).

---

---

---

---

---

---

- b) Justifique a necessidade de internação [ex. agressividade, recusa a tratamento ambulatorial, risco a si ou a terceiros, surto, etc] e quais as consequências/riscos para a sua saúde caso não seja promovida a internação.

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Caso tenha respondido negativamente à questão 7 indique as ações que devem ser realizadas para o cuidado desse paciente.

---

---

---

---



Serviço Público Federal  
**Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará –  
CREMEC**

Av. Antônio Sales, 485 – Joaquim Távora - 60135-101  
Fortaleza – Ceará Fone: 3230-3080 - Fax: 3221.6929  
E-Mail: cremec@cremec.org.br

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
10. Outros esclarecimentos que entender cabíveis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** a alta hospitalar do paciente psiquiátrico, nas diferentes modalidades de internação (vontária, involuntária ou compulsória) é ato privativo do médico (Lei nº 12.842/2013, art. 4º, XI).

XXXXXXX, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nome completo do médico – nº CREMEC**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, autorizo revelação das informações contidas neste documento para fins de internação compulsória do(a) paciente \_\_\_\_\_.

XXXXXXXXX, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do paciente (se possível)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do responsável legal**