

[inserir Timbre]

Modelos de ofício do gestor estadual ou distrital atestando o funcionamento da equipe EAP-Desinst

Ofício assinado pelo gestor estadual ou distrital atestando o funcionamento da EAP-Desinst indicando o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e o número do Identificador Nacional de Equipe - INE.

À

Sônia Barros

Diretora

Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Brasília - DF, 70058-900

Assunto: Atestado de Funcionamento da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst)

O Estado de [inserir o nome do estado], por meio da Secretaria Estadual de Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº [inserir o número do CNPJ], com sede no endereço [inserir o endereço completo], representado pelo Gestor [inserir o nome completo do gestor], portador do RG nº [inserir o número do RG] e CPF nº [inserir o número do CPF], vem, por meio deste documento, atestar o pleno funcionamento da Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst), registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nº [inserir o código CNES]; e Identificador Nacional de Equipe (INE) nº [inserir o INE].

Declaro, portanto, que a equipe supracitada se encontra em pleno e regular funcionamento, conforme as seguintes legislações vigentes: Portaria GM/MS nº 4.876, de 18 de julho de 2024 e Portaria SAES/MS nº 2.070, de 04 de setembro de 2024.

Firmo o presente ofício para que produza os efeitos legais necessários.

Atenciosamente,

[Local], [Dia] de [Mês] de [Ano].

[Nome completo do Gestor]

[Cargo]

[Assinatura]



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

