

**DECLARAÇÃO DE COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE PRISIONAL DO  
MUNICÍPIO XXXXXXXXXXXX**

A Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_,  
declara para os devidos fins que realizará a prestação de assistência à saúde para pessoa privada  
de liberdade na Unidade Prisional de seu território, conforme caracterização descrita nos quadros  
abaixo:

a) população privada de liberdade referenciada pelo serviço:

Nome da unidade prisional	Nº da população privada de liberdade	
	Masc.	Fem.
<b>TOTAL</b>		

b) Quantidade e categoria profissional disponibilizada para prestação de assistência à saúde das  
Pessoas Privadas de Liberdade.

Profissionais	Total

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Secretário (a) Municipal de Saúde