Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**DECLARAÇÃO**

**HABILITAÇÃO EM GAR TIPO \_\_ *(1 ou 2)***

Declaro, para fins de habilitação do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade)*,CNES nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,como Serviço de Referência na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco (GAR), tipo \_\_ *(1 ou 2)* que o estabelecimento cumpre integralmente os requisitos exigidos no Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Local/Data,

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

SECRETÁRIO DE SAÚDE

 (estado, município ou do DF)