Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**DECLARAÇÃO**

**GARANTIA DE FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES**

Declaro, para fins de cumprimento do requisito documental a que se refere no Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que o(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(nome do hospital/maternidade*), CNES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, disponibiliza hemocomponentes 24h/dia nos 07 dias da semana. *(informar se os hemocomponentes são fornecidos pelo próprio estabelecimento ou informar os dados do documento de formalização de seu fornecimento nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011 e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2011 da ANVISA).*

Local/Data,

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

SECRETÁRIO DE SAÚDE

(estado, município ou do DF)