Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**DECLARAÇÃO**

**POSTO DE LEITE PRÓPRIO COM PACTUAÇÃO A BANCO DE LEITE**

**(SOMENTE PARA HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 2)**

Declaro, para fins de cumprimento do requisito a que se refere o Anexo II, Título III, Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017 para habilitação como Serviço de Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 2, que o(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade*), CNES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, possui Posto de Coleta de Leite Humano próprio, em funcionamento, com fluxos e rotinas aprovadas pela Vigilância Sanitária local e referência pactuada ao Banco de Leite Humano situado no\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade com pactuação, município/cidade).*

Local/Data,

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

SECRETÁRIO DE SAÚDE

(estado, município ou do DF)