

(TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE)

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

O <Estado ou Município>, pessoa jurídica de direito público, neste ato representado pela SECRETARIA <ESTADUAL OU MUNICIPAL – SES ou SMS>, com sede e foro jurídico no município < >, inscrito no CNPJ sob o nº < >, representado pelo(a) Secretário (a) <Estadual ou Municipal>, Sr(a) < >, **declara que o estabelecimento XXXXXXXXXXXX possui profissionais e já oferta atendimentos além do mínimo prevista para o CER XX, compatível para habilitação do custeio adicional de 20% conforme estabelece Nota Técnica com requisitos para habilitação no âmbito do Ministério da Saúde.**

A tabela abaixo apresenta a relação total dos profissionais do serviço considerando a equipe mínima e a equipe para ampliação.

Categoria Profissional	carga horária	Tipo Equipe (mínima ou ampliação)
XXXXX		

OU

O <Estado ou Município>, pessoa jurídica de direito público, neste ato representado pela SECRETARIA <ESTADUAL OU MUNICIPAL – SES ou SMS>, com sede e foro jurídico no município < >, inscrito no CNPJ sob o nº < >, representado pelo(a) Secretário (a) <Estadual ou Municipal>, Sr(a) < >, >, **declara que o estabelecimento XXXXXXXXXXXX ampliará a equipe de profissionais e os atendimentos ofertados, de modo a atender aos requisitos para habilitação do**

custeio adicional de 20% para CER XX conforme estabelece Nota Técnica com requisitos para habilitação no âmbito do Ministério da Saúde.

Abaixo está apresentada a relação dos profissionais que serão considerados para ampliação da carga horária

Categoria Profissional	carga horária	Tipo Equipe (Ampliada ou Complementar)
XXXXX		

LOCAL, de de 20XX.

Assinatura do (a) Secretário (a) Municipal ou Estadual de Saúde

Nome do (a) Secretário (a)