

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de autorização de **XX leitos** de Suporte Ventilatório Pulmonar, que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), sob CNES XXXXX, possui equipe profissional, equipamentos e insumos para a sua operacionalização, observadas as "Orientações Técnicas sobre o Leito de Suporte Ventilatório Pulmonar - LSVP". A referida unidade conta com metragem total de XXX m² e foram considerados os ambientes XXXX na estratégia para ampliação dos LSVP.

Secretário de Estado da Saúde (quando solicitado)

e/ou

Secretário Municipal de Saúde