

## DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de autorização de **XX leitos** de Suporte Ventilatório Pulmonar, que a Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h XXXXXXXXXXXXX, sob CNES XXXXX, atende os critérios da Nota Técnica nº 141/2020/SEI/GRECS/CGTES/DIRE1/ANVISA.

---

Secretário de Estado da Saúde (quando solicitado)

e/ou

---

Secretário Municipal de Saúde