|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DA OFERTA DE APOIO MATRICIAL** |
| Declaramos para os devidos fins que a instituição XXXXX, inscrita no CNPJ sob nº XXXXXXXX estabelecida no (endereço da instituição XXXXXX), organizará os serviços habilitados como SDM para que estes ofereçam apoio matricial aos serviços de atenção básica para os quais sejam referência como serviço de atenção ambulatorial especializada, conforme critério disposto no inciso III do art. 5º da portaria GM nº 189, de 31 de janeiro de 2014. |
| Local e Data |
| (Gestor responsável - municipal ou estadual) |

As indicações dos SDM a serem habilitadas deverão ser pactuadas em CIB, a CIR ou CGSES/DF, conforme disposto no Art. 6º §1º e 2º.