|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE** |
| Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que assumo a responsabilidade do encaminhamento das mulheres com alterações mamárias para serviços de confirmação diagnóstica e tratamento, quando indicados; do encaminhamento das mulheres com confirmação diagnóstica de câncer de mama para tratamento nas unidades de tratamento especializado; e de definição da unidade de atendimento especializado para a qual serão encaminhadas as mulheres identificadas com confirmação diagnóstica de câncer de mama. |
| Local e Data |
| (Assinatura do gestor responsável - municipal ou estadual) |