Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**DECLARAÇÃO**

**HABILITAÇÃO DE CGBP**

Declaro, para fins de habilitação da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) o cumprimento integral dos requisitos exigidos no Anexo II, Título III, Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Declaro ainda que a CGBP é vinculada ao\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade),* CNES nº \_\_\_\_, habilitado em GAR Tipo\_\_ *(1 ou 2), conforme Portaria nº \_\_, de \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.*

Local/Data,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SECRETÁRIO DE SAÚDE

(estado, município ou do DF)