Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**Ofício nº\_\_\_\_**

Local/Data

À Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres – CGSMU/DAPES/SAS/MS

Senhora Coordenadora,

Solicitamos a habilitação do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade)*, CNES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Unidade sob gestão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*estadual ou municipal*), como Serviço de Referência na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco (GAR), Tipo \_\_\_\_ *(1 ou 2),* em conformidade com o Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Informamos que a referida unidade hospitalar integra o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC) da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome da região de saúde),* contemplada pela Portaria GM/MS nº \_\_\_, de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, conforme Deliberação CIB nº \_\_\_\_, de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Atenciosamente,

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

SECRETÁRIO DE SAÚDE

(estado, município ou do DF)