Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**PLANO DE REDUÇÃO DE PARTOS CESÁREOS**

**HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 1**

Declaro, para fins de habilitação do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade*), CNES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como Serviço de Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 1, que a instituição praticou nos últimos 02 (dois) anos, a taxa de \_\_\_% de partos cesáreos.

Pactua-se, dessa forma, o compromisso de Redução de Partos Cesáreos de 10%/ano a fim de que a taxa de 30% seja alcançada até \_\_\_\_\_ *(ano),* nos termos Anexo II, Título III, Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Para tanto, apresentamos a seguir o **Plano de Redução de Partos Cesáreos:** *(detalhar todo o plano proposto pelo estabelecimento de saúde com descrição das atividades propostas, profissionais envolvidos, prazos para o alcance da taxa estabelecida de 30%...).*

Local/Data,

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

SECRETÁRIO DE SAÚDE

(estado, município ou do DF)