Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE

(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

**DECLARAÇÃO**

**DISPONIBILIZAÇÃO DE UCINCO**

**(SOMENTE PARA HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 1)**

Declaro, em conformidade com o que estabelece o Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que será disponibilizada Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) própria no prazo máximo de até 01 (um) ano da data de habilitação do(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome do hospital/maternidade),* CNES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_como Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 1.

Local/Data,

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

SECRETÁRIO DE SAÚDE

(estado, município ou do DF)