**(EM PAPEL TRIMBRADO)**

**COMPROVAÇÃO DA COBERTURA DO SAMU 192 OU EQUIVALENTE**

Conforme exigência do Art. 82, da portaria de Consolidação MS/GM nº 3 de 28 de setembro de 2017, da qualificação da UPA 24h (nome quando houver), CNES nº ( ............), declaro a existência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, conforme portaria ........ publicada no Diário Oficial da União em .... / ... / ..... cópia em anexo. (quando possuir o serviço SAMU 192)

ou,

Declaro a existência de serviço de resgate equivalente ao realizado pelo SAMU 192. ( quando não possuir o SAMU 192 mas contar com outro serviço equivalente para o atendimento móvel de urgência).

Firmo o presente.

Local e data

Assinatura do Secretário

Nome do Secretário