**(EM PAPEL TRIMBRADO)**

**DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE COM AS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES.**

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 que os serviços prestados pela Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, encontra-se em conformidade com as normas sanitárias vigentes.

Firmo o presente.

Local e data

Assinatura do Secretário

Nome do Secretário