**(EM PAPEL TRIMBRADO)**

**DECLARAÇÃO DO EFETIVO FUNCIONAMENTO DA UPA 24h**

Conforme exigência do Art. 885, da portaria de Consolidação MS/GM nº 6 de 28 de setembro de 2017, dos recursos de custeio da UPA 24h. (nome da UPA 24h se houver), CNES nº. .............., com início de suas atividades no dia (dia/mês/ano), em conformidade com as atividades definidas para a UPA 24h nos incisos I; II; III; IV; V; VI; VII; e VIII, do Art. 74, da portaria de Consolidação MS/GM nº 3 de 28 de setembro de 2017.

Firmo o presente.

Local e data

Assinatura do Secretário

Nome do Secretário