**DECLARAÇÃO**

Declaro, para fins de habiltação de **XX leitos** de Suporte Ventilatório Pulmonar, que o Hospital XXXXXXXXXXXX, sob CNES XXXXX, possui equipamentos, equipe multiprofissional e insumos para a sua operacionalização.

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

Secretário de Estado da Saúde

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

Secretário Municipal de Saúde