**(EM PAPEL TRIMBRADO)**

**DECLARAÇÃO DA EXISTÊNCIA DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS.**

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 a Unidade está inserida no Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências do Município.

Ou

Declaro que a Unidade estará sendo inserida no Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências do Município. (quando a UPA 24h ainda não estiver inserida no Plano)

Ou

Conforme exigência dos Art. 893 e Art. 894 da portaria de Consolidação MS/GM nº 6 de 28 de setembro de 2017, declaro que a nova opção de funcionamento da Unidade está inserida no Plano de Ação Regional de Atenção Integral às Urgências do Município.

Firmo o presente.

Local e data

Assinatura do Secretário

Nome do Secretário