**(EM PAPEL TRIMBRADO)**

**NÚMERO DE CADASTRO DA UPA 24h NO SCNES; QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS MÉDICOS CONDIZENTES COM A OPÇÃO ADOTADA NA PORTARIA CADASTRADOS NO SCNES; E ESCALA DE PROFISSIONAIS INTEGRANTES DA EQUIPE ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL EM ATUAÇÃO NA UPA 24h**

Conforme exigência do Art. 885 da portaria de Consolidação MS/GM nº 6 de 28 de setembro de 2017, informo o nº de CNES da UPA 24h (nome da UPA 24h se houver), quantidade e escala de profissionais integrantes da equipe assistencial multiprofissional em atuação na Unidade.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº DE CNES DA UPA 24H** | **QUANTIDADE DE MÉDICOS** | **ESCALA DOS PROFISSIONAIS INTEGRANTES DA EQUIPE ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL EM ATUAÇÃO NA UPA 24H** |
| XXXXXXX | XX |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Firmo o presente.

Local e data

Assinatura do Secretário

Nome do Secretário