

(TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS MÍNIMOS

O <Estado ou Município>, pessoa jurídica de direito público, neste ato representado pela SECRETARIA <ESTADUAL OU MUNICIPAL – SES ou SMS>, com sede e foro jurídico no município < >, inscrito no CNPJ sob o nº < >, representado pelo(a) Secretário (a) <Estadual ou Municipal>, Sr(a) < >, **declara que o estabelecimento XXXXXXXXXXXX atende o que dispõe os documentos técnicos da CGSPD/DAET/SAES/MS quanto a carga horária mínima da equipe, quantitativo mínimo de usuário e de procedimentos mensais para o CER XX.**

LOCAL, de de 20XX.

Assinatura do (a) Secretário (a) Municipal ou Estadual de Saúde

Nome do (a) Secretário (a)

Assinatura do Representante da Instituição

Nome do Representante da Instituição

(OBS: Nos casos de instituições filantrópicas deverá constar também assinatura do representante da entidade).