

# DECLARAÇÃO

A REGIONAL DE SAÚDE \_\_\_\_\_ ,  
inscrita no CNPJ sob nº \_\_\_\_\_ ,  
com sede no município \_\_\_\_\_ ,  
neste ato representada pelo(a), Coordenador(a) Geral \_\_\_\_\_ ,  
portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ e da Carteira de  
Identidade nº \_\_\_\_\_ , com base no que dispõe  
a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece as condições para a promoção,  
proteção e recuperação da saúde, **DECLARA** que possui os requisitos referentes às  
estrutura legal, física, recursos materiais, administrativa e da licença sanitária, contidas no  
Plano de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador,  
homologado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme Resolução nº 061, de  
20 de maio de 2016.

Declaramos, também, que estamos cientes dos procedimentos envolvidos nos  
trâmites para **programação e reprogramação** das ações contidas no Plano em questão.

Este documento deverá conter as assinaturas e carimbos de seus respectivos  
representantes legais.

Regional de Saúde de \_\_\_\_\_ ,  
aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Coordenação-Geral**

**Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de  
Apoio ao Controle de Endemias**

**Observação: o arquivo deverá ser salvo com o nome da Regional de Saúde.**