**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA E INSTALADA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Secretário (a) Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **declaro por meio desta**, para fins de comprovação junto ao *Programa Fila Zero na Cirurgia- Programa Estadual de Cirurgias, Consultas e Exames Complementares Eletivos do Estado de Mato Grosso, em atendimento ao Decreto n.º 1.083 de 10 de outubro de 2024 e à Portaria n.º 0728/2024/GBSES de 18 de novembro de 2024*, que os executores **apresentam capacidade técnica, física e operacional para a realização da proposta.**

Por ser esta a completa expressão da verdade, firma-se a presente declaração para que surta seus efeitos jurídicos.

Município, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Assinatura e carimbo do Gestor***

***Secretário(a) Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MT.***