Ao Ministério da Saúde,

A Secretaria Municipal / Estadual de Saúde de MUNICÍPIO/ESTADO declara, de acordo com o Art. 17, I, d, da Portaria 1.550/2014, para fins de credenciamento no Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) / Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD), que a instituição NOME DA ORGANIZAÇÃO, cadastrada no CNPJ XXXXXXX e no CNES XXXXXX, realiza atendimentos direto e gratuito às pessoas com deficiência no de município/estado.

MUNICÍPIO, \_\_ de abril de 2015

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretário(a) Municipal/Estadual de Saúde

MUNICÍPIO/ESTADO