**ANEXO**

**MODELO DE OFÍCIO**

**“Logo do Município”**

**“Numeração do Ofício”**

\_\_\_\_\_\_\_\_/ES, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

Ao Ilustre Senhor

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor Geral do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

**ASSUNTO:** Solicitação de vagas para médicos atuarem pelo Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Programa Estadual De Qualificação Da Atenção Primária À Saúde.

1. Ciente que a assinatura deste ofíciorepresenta concordância, por parte do município, com todas as condições, normas e exigências estabelecidas pelo EDITAL ICEPi/SESA N° 029/2021 e pelo TERMO DE COMPROMISSO do Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, **solicito** o quantitativo de vagas conforme a tabela abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
|  | MÉDICOS |
| Número de Vagas solicitadas |  |

OBS: O município que tenha interesse em participar como **cadastro reserva** deverá preencher a tabela com o número **0** (**ZERO**).

1. \* Item destinado para preenchimento apenas pelo município que tenha interesse no pagamento de bolsa formação para médicos no valor estipulado na Resolução CIB/SUS – ES Nº 021/2021

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES Nº 021/2021 de 17 de março de 2021, solicito a divulgação do valor da bolsa formação para médicos em R$ 15.000,00 no edital de seleção de profissionais para Municípios e Áreas de difícil fixação, conforme tabela abaixo:

|  |
| --- |
| Nome do município com difícil fixação de profissionais |
|  |
| Nome da(s) Área(s) de difícil fixação de profissionais |
| 1. Área 1: |
| 1. Área 2: |
| 1. ... |

NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PREFEITO

(Cargo, Município e Assinatura)