**“Logo do Município”**

**“Numeração do Ofício”**

\_\_\_\_/ES, \_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

Ao Ilustre Senhor

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

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

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

Ciente que a assinatura deste ofíciorepresenta concordância, por parte do município, com todas as condições, normas e exigências estabelecidas pelo EDITAL ICEPi/SESA N° 014/2023 e pelo TERMO DE COMPROMISSO do Componente de Provimento e Fixação de Profissionais do Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Ciente que ao solicitar a divulgação do valor da **bolsa-formação** no edital de seleção de **médicos de Difícil Fixação** no valor de R$ 15.000,00 (quinze mil), conforme Resolução CIB/SUS-ES Nº 021/2021 de 17 de março de 2021, comprometo-me em alocar o profissional selecionado na(s) área(s) indicadas no edital de seleção do profissional, assim como realizar o pagamento no valor estipulado na referida resolução.

Ciente de que devo informar os dados da equipe de gestão municipal e mantê-los atualizados junto ao ICEPi, encaminho os contatos municipais, conforme tabela abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Função no Município**  | **Nome Completo** | **E-mail**  | **Telefone** |
| Secretário(a) Municipal de Saúde  |  |  |  |
| Coordenação de Atenção Primária à Saúde  |  |  |  |
| Coordenação de Saúde Bucal |  |  |  |
| Referência Municipal para comunicação com o ICEPi |  |  |  |
| Observações (se necessário): |

**Ciente de que o profissional selecionado deverá ser alocado no TIPO DE EQUIPE indicado, conforme solicitação abaixo:**

1. PARA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Solicito** o quantitativo de vagas conforme a tabela abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoria Profissional**  | **Número de Vagas Solicitadas** | **Nome da(S) Área(S) de Difícil Fixação** **indicada pela gestão municipal** A*penas Para Solicitação De Médicos Em Área(S) De Difícil Fixação* |
| Cirurgião-dentista |  | Não se aplica  |
| Enfermeiro |  | Não se aplica  |
| Médico  |  | Não se aplica (área normal) |
| Médico – área de difícil fixação  |  |  |

OBS1: O município que tenha interesse em participar deste edital como cadastro reserva deverá preencher a tabela com o código CR (cadastro reserva).

OBS2: Categorias que não forem listadas serão compreendidas como sem interesse do município, seja em vagas, seja em Cadastro Reserva.

1. PARA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA

**Solicito** o quantitativo de vagas conforme a tabela abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoria Profissional**  | **Número de Vagas Solicitadas** | **Nome da(S) Área(S) de Difícil Fixação indicada pela gestão municipal** A*penas Para Solicitação De Médicos Em Área(S) De Difícil Fixação* |
| Assistente Social  |  | Não se aplica  |
| Cirurgião-Dentista |  | Não se aplica  |
| Enfermeiro |  | Não se aplica  |
| **Médico clínico**  |  | Não se aplica  |
| **Médico – área de difícil fixação** |  |  |
| **Profissional de Educação Física**  |  | Não se aplica  |
| **Psicólogo**  |  | Não se aplica  |
| **Terapeuta Ocupacional** |  | Não se aplica  |

OBS1: O município que tenha interesse em participar deste edital como **cadastro reserva** deverá preencher a tabela com o código CR (cadastro reserva).

OBS2: Categorias que não forem listadas serão compreendidas como sem interesse do município, seja em vagas, seja em Cadastro Reserva.

1. PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMPLIADA

 **Solicito o quantitativo de vagas, conforme tabela abaixo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria Profissional**  | **Número de Vagas Solicitadas** |
| Assistente Social  |  |
| Enfermeiro |  |
| Farmacêutico  |  |
| Fisioterapeuta |  |
| Fonoaudiólogo |  |
| Nutricionista |  |
| Profissional Arte-Educador\* |  |
| Profissional de Educação Física |  |
| Profissional de Geronotologia\*\* |  |
| Psicólogo |  |
| Sanitarista |  |
| Terapeuta Ocupacional |  |
| Justificativa para pedidos com menos de 03 (três) profissões, conforme inciso IV do item 3.3:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\*Profissional de nível superior nas diversas áreas do conhecimento, com formação em arte-educação.

\*\*Profissional especialista de nível superior nas diversas áreas do conhecimento titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

OBS1: Mínimo de 03 (três) profissões para solicitação de vagas.

OBS2: O município que tenha interesse em participar deste edital como **cadastro reserva** deverá preencher a tabela com o código CR(cadastro reserva).

OBS3: Categorias que não forem listadas serão compreendidas como sem interesse do município, seja em vagas, seja em Cadastro Reserva.

NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE OU PREFEITO

(Cargo, Município e Assinatura)