**ANEXO II**

**EDITAL n º 024/2023/ICEPI/SESA/ES**

**CARTA DE INDICAÇÃO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOME COMPLETO DO GESTOR) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do Cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_(NOME DO MUNICÍPIO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **INDICO**, seguindo rigorosamente os termos do Edital Nº 024/2023/ICEPi/SESA **item 5.4** o (a) profissional \_\_\_\_\_(NOME COMPLETO DO(A) PROFISSIONAL)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atendendo ao **perfil profissional (1)** conforme **item 5.3**.

***Item 5.3:*** *Perfil profissional 1 - Profissional que atua na Referência Municipal de Imunização; ou Profissional que atua na Referência Regional de Imunizações;*

***Item 5.4:*** *O gestor deverá seguir estritamente a ordem prioritária do perfil do profissional habilitado para a indicação.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Secretário Municipal de Saúde

Assinatura e carimbo