**MODELO DE OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS**

**“Logo do Município”**

**“Numeração do Ofício”**

\_\_\_\_/ES, \_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Ao Ilustre Senhor

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

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

**ASSUNTO:** Oferta 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° 044/2024** 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 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** |  |  |  |
| **LOCAL NO MUNICÍPIO PARA COMPARECIMENTO DO PROFISSIONAL SELECIONADO**:Setor:Endereço: Contato telefônico:Horário de funcionamento: |
| Observações (se necessário): |

**Ciente de que o profissional selecionado deverá ser alocado na MODALIDADE DE FORMAÇÃO indicada, conforme solicitação abaixo:**

1. PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – alocação em Equipe 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* |
| Médico  |  | Não se aplica (área normal) |
| Médico – área de difícil fixação  |  | **Liste as áreas que o muncípio identifica com sendo de difícil fixação** |

**OBS1: Solicitação de vaga para médico em área de difícil fixação que não esteja especificada o(s) nomes(s) da(s) área(s)/unidade(s) não poderão ser homologadas.**

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)