

**ANEXO II – MODELO DE CARTA PARA INDICAÇÃO DO ESTADO**

\_\_\_\_\_ [Nome do município], \_\_\_\_ [dia] de \_\_\_\_\_ [mês] de 2025

Ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Eu, \_\_\_\_\_ [PREENCHER COM O NOME DO RESPONSÁVEL PELA INDICAÇÃO],  
\_\_\_\_\_ [PREENCHER COM O CARGO DO RESPONSÁVEL PELA INDICAÇÃO], venho por  
meio desta indicar \_\_\_\_\_ [PREENCHER COM O NOME COMPLETO DO INDICADO]  
para preencher a vaga de \_\_\_\_\_ [PREENCHER COM TITULAR OU SUPLENTE] no curso  
*Fortalecimento da Rede de Atenção Primária e Urgência e Emergência para gestão municipal*, enquanto  
profissional gestor da rede de \_\_\_\_\_ [PREENCHER COM ATENÇÃO PRIMÁRIA OU  
**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**], com atuação no município de \_\_\_\_\_ [PREENCHER COM NOME DO  
**MUNICÍPIO**], ocupando o cargo de \_\_\_\_\_ [cargo e instituição do indicado].

A indicação se justifica mediante [PREENCHER COM TEXTO EXPLICITANDO O PERFIL DO CANDIDATO, A  
**VINCULAÇÃO PROFISSIONAL, O TEMPO DE SERVIÇO EM APS OU UE**]

Declaro estar ciente que o curso possui carga horária de 100h distribuídas em atividades síncronas e  
assíncronas, além da elaboração de um Projeto de Interferência, exigindo disponibilidade e dedicação  
por parte do cursista indicado durante o período de realização do curso de **07/04/2025 a 08/08/2025**.

*Este edital reforça o compromisso com a equidade e a inclusão, alinhando-se aos objetivos da Portaria  
GM/MS nº 5.801/2024 (<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.801-de-28-de-novembro-de-2024-598852932>), que estabelece ações afirmativas para ampliar a participação de grupos  
historicamente sub-representados. Nesse sentido, incentiva-se que os gestores municipais de saúde  
considerem os princípios da equidade, diversidade e democratização na composição de suas equipes de  
gestão que compõem o público-alvo deste edital.*

---

**ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INDICAÇÃO****RESUMO DA INDICAÇÃO [PREENCHER]:**

Tipo de vaga da indicação: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE (selecionar UMA opção)

Responsável pela indicação: ( ) SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, UF [NOME DO MUNICÍPIO E UF]

Rede de atuação: ( ) ATENÇÃO PRIMÁRIA ( ) URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (selecionar UMA opção)

Nome completo do profissional indicado:

CPF do profissional indicado:

Local de trabalho do indicado:

**ATENÇÃO:**

(1) A indicação deve optar por **SOMENTE UMA REDE DE ATUAÇÃO (APS ou UE)**, em função da estrutura pedagógica do curso.

(2) Divergências de informação entre a carta de indicação e a ficha de inscrição acarretarão na necessidade de esclarecimentos pelo inscrito ou indeferimento da inscrição.