

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.