**ANEXO 2 - CARTA DE INDICAÇÃO**

**(Em papel com timbre da instituição)**

Modelo de Declaração de Atuação na Atenção Primária à Saúde **(Perfil 1).**

**DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Eu, [Nome do Responsável], [Cargo do Responsável], da [Nome da Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde], devidamente autorizado(a) a indicar o(a) profissional [Nome Completo do Profissional], portador(a) do CPF nº [Número do CPF], a uma vaga no Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade EaD, e certifico que este(a) atua na função de [Nome da função] na(o) [Local] na Atenção Primária à Saúde (APS) no Município de [nome do município], de [data de início] até o presente momento.

Declaro ainda que o profissional está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde e/ou Secretaria Municipal de Saúde.

[Município, data].

[nome]

Assinatura

Secretário(a) Municipal de Saúde do [nome do município]

Modelo de Declaração de Atuação na Atenção Primária à Saúde **(Perfil 2).**

**DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Eu, [Nome do Responsável], [Cargo do Responsável], da [Nome da Unidade de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde], devidamente autorizado(a) a indicar o(a) profissional [Nome Completo do Profissional], portador(a) do CPF nº [Número do CPF], que atua na função de gerência de Unidade Básica de Saúde - UBS, coordenador da APS, apoiador ou supervisor institucional na Atenção Primária à Saúde (APS) no Município de [nome do município], de [data de início] até o presente momento.

Declaro ainda que o profissional está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde e/ou Secretaria Municipal de Saúde.

[Município, data].

[nome]

Assinatura

Secretário(a) Municipal de Saúde do [nome do município]

Modelo de Declaração de Atuação na Atenção Primária à Saúde **(Perfil 3).**

**DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO E ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Eu, [Nome do Responsável], [Cargo do Responsável], da [Nome da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná ou XX Regional de Saúde do Estado do Paraná], devidamente autorizado(a) a indicar o(a) profissional [Nome Completo do Profissional], portador(a) do CPF nº [Número do CPF], que desenvolve funções relativas à Atenção Primária à Saúde, [Período de atuação]: de [data de início] até o presente momento.

[Município, data].

[nome e cargo]

Assinatura

[Secretaria de Estado da Saúde do Paraná ou XX Regional de Saúde do Estado do Paraná]