

## ANEXO I

### MODELO DE OFÍCIO PARA INDICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Ofício nº (número/ano)

Cidade – UF, (dia) de (mês) de (ano)

Ao Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde - DESF/SAPS/MS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 7º andar  
CEP: 70.058-900 – Brasília/DF

**Assunto: Indicação de municípios para habilitação ao incentivo financeiro de custeio federal no âmbito do Programa Cuida Mais Brasil.**

Senhora Diretora,

Solicito a habilitação, para fazer jus ao incentivo financeiro de custeio federal no âmbito do Programa Cuida Mais Brasil, dos municípios aprovados na Resolução CIB anexa como referências regionais na oferta de atendimentos, por médicos pediatras ou médicos ginecologistas-obstetras, a crianças e mulheres em período pré-concepcional, gestacional, puerperal e em intervalo inter-gestacional em condições clínicas e epidemiológicas prioritárias no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB.

Declaro, em atendimento ao disposto no inciso I do § 1º do art. 4º da Portaria GM/MS nº 937, de 5 de maio de 2022, que a definição dos municípios indicados na Resolução CIB foi aprovada nas Comissões Intergestores Regionais – CIR e que foram atendidos os demais requisitos previstos na referida Portaria para indicação dos municípios a serem habilitados para fazerem jus ao incentivo financeiro de custeio federal no âmbito do Programa Cuida Mais Brasil.

Na oportunidade, encaminho planilha em arquivo Excel (documento anexo) contendo a relação do(s) município(s) indicado(s) por região de saúde, listados na Resolução CIB e seus respectivos valores.

Atenciosamente,

(Assinatura do Presidente da CIB)

---

Nome do Presidente da CIB

Cargo