ANEXO I

Of. Nº xxxxxx/2019 Cidade, dia, mês e ano.

Excelentíssimo Senhor,

CARLOS ROBERTO MARTINS RODRIGUES SOBRINHO

Secretário da Saúde do Estado do Ceará

Avenida Almirante Barroso, 600 Bloco D 1º Piso – Praia de Iracema

60060-440 – Fortaleza/CE

**Assunto**: Celebração de Parceria – MAPP: XXXX

Senhor Secretário,

A Prefeitura Municipal de XXXX vem através do seu representante legal, solicitar parceria através de celebração de convênio ou instrumento congênere do Município junto a Secretaria de Saúde do Ceará, visando (INFORMAR O OBJETO SOLICITADO).

Considerando que a atual situação da saúde do município encontra-se (INFORMAR A ATUAL SITUAÇÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO ACRESCENTANDO DADOS ESTATÍSTICOS).

Diante do exposto, apresentamos o projeto no valor total de R$ XXX (nominal), deste total o Estado do Ceará deverá participar com a liberação de recursos no valor de R$ XXXX (nominal), comprometendo-se o município com a contrapartida financeira da ordem de R$ XXXXX (nominal).

Ficamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas através (deixar os contatos de um responsável pela solicitação com telefone e email).

Ressaltamos por oportuno, que a documentação solicitada referente ao pleito encontra-se em anexo.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal do Município