(timbre)

Ofício nº \_\_\_/2023 (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023).

À

Sra. Arita Gilda Bergmann

Secretária de Estado da Saúde

Senhora Secretária,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio deste informar que o nosso município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ foi gravemente atingido por chuvas intensas ocorridas no Estado do Rio Grande do Sul entre os dias 3 e \_\_\_\_ de setembro de 2023, e entre as consequências deste evento climático, tivemos o alagamento da nossa Unidade Básica de Saúde (nome, CNES), localizada no bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocasionando a perda de vários equipamentos e mobiliários, comprometendo assim os atendimentos de saúde à nossa população.

O Governo do Estado, por intermédio do Decreto nº 57.177/2023, declarou Estado de Calamidade Pública no nosso município e o mesmo já foi homologado pelo Governo Federal mediante Portaria do Ministério da Integração e do Desenvolvimento Regional nº 2.852 de 7 de setembro de 2023.

Cientes da prontidão do Estado em nos auxiliar financeiramente na reestruturação da unidade básica atingida e com o objetivo de reativar a mesma para reestabelecer o atendimento aos nosso paciente SUS, solicitamos um apoio financeiro no montante de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para aquisição do equipamentos e mobiliários relacionados no anexo.

Sendo o que tínhamos para o momento, agradecemos.

Cordialmente,

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

NOME

PREFEITO

Anexo I

Relação de equipamentos e Mobiliários

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| UBS Atingida | Item | Quantidade | Valor unitário | Valor total |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | Total geral |  |
|  |  |  |  |  |

Anexo II

Inserir levantamento fotográfico da Unidade Básica de Saúde (UBS)