

**POLITICA ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS
PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL**

TERMO DE ADESÃO DO MUNICÍPIO XXXXXXXXXXXXX

O município de _____, por meio da Secretaria de Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ nº _____, com sede _____,

CEP _____, firma o presente Termo de Adesão ao recebimento do repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, a ser depositado no banco: _____, Agência: _____ e Conta-Corrente: _____, de acordo com os critérios estabelecidos na Resolução CIB nº. 015/2017, de 21/03/2017, destinados ao custeio da contratação de profissionais para a composição de equipes de saúde responsáveis pela prestação de ações e serviços de saúde às pessoas privadas de liberdade.

E por estar ajustado, firma o presente em 2 (duas) vias de igual forma e teor, a serem encaminhadas à Secretaria Estadual de Saúde.

_____, ____ de _____ de 20____ (local e data).

Secretário Municipal de Saúde