

((TIMBRE DA SECRETARIA MUNICIPAL/ESTADUAL DE SAÚDE))

**PLANILHA DE COMPOSIÇÃO E CARGA HORÁRIA DA EQUIPE DE  
REABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO**

**CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO**

NOME DO PROFISSIONAL	CARGO/FUNÇÃO	Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL (CRM, CFFA, COREN ETC)	HORAS DE TRABALHO/SEMANAL	HORAS DE TRABALHO/TURNO	CNES Nº	ELETIVO (SIM OU NÃO)

**OFICINAS ORTOPÉDICAS (FIXAS E ITINERANTES)**

NOME DO PROFISSIONAL	CARGO/FUNÇÃO	Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL (CRM, CFFA, COREN ETC)	HORAS DE TRABALHO/SEMANAL	HORAS DE TRABALHO/TURNO	CNES Nº	ELETIVO (SIM OU NÃO)

A Secretaria <ESTADUAL OU MUNICIPAL DE XXXX>

MUNICÍPIO:

ESTADO:

GESTOR PROPONENTE:

CNPJ DO GESTOR:

CNES:

ENDEREÇO:

LOCAL, de de 20XX.

Assinatura do (a) Secretário (a) Municipal ou Estadual de Saúde

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) Secretário (a)

Assinatura do Representante da Instituição

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante da Instituição

(OBS: Nos casos de instituições filantrópicas deverá constar também assinatura do representante da entidade).