

((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).