

(MODELO)

**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 Secretária <ESTADUAL OU MUNICIPAL DE XXXX>

MUNICÍPIO:

ESTADO:

GESTOR PROPONENTE:

CNPJ DO GESTOR:

CNES:

ENDEREÇO:

Município/UF, _____ de _____ de _____.

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