**ANEXO 1.1 (Obs.: manter em folha única)**

**FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS  DO MUNICÍPIO.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Município: | UF: |

**Profissional que coordena a Saúde Bucal no município**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo: | | |
| Formação profissional: | | Cargo na gestão municipal: |
| RG: | CPF: | Tel institucional: |
| Celular | e-mail | |

**Profissionais da Equipe 1 – Titular**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome da UBS: | | | CNES: |
| Nome da (o) **Auxiliar em Saúde Bucal** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |
| Nome da (o) ) **Cirurgiã (oã) Dentista** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |
| Nome da(o) **Técnica(o) em Saúde Bucal** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |

**Profissionais da Equipe 2 – Titular**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome da UBS: | | | CNES: |
| Nome da (o) **Auxiliar em Saúde Bucal** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |
| Nome da (o) ) **Cirurgiã (oã) Dentista** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |
| Nome da(o) **Técnica(o) em Saúde Bucal** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |

**Profissionais da Equipe Suplente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome da UBS: | | | CNES: |
| Nome da (o) **Auxiliar em Saúde Bucal** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |
| Nome da (o) ) **Cirurgiã (oã) Dentista** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |
| Nome da(o) **Técnica(o) em Saúde Bucal** | | | |
| CRO: | CPF: | Celular  ( ) | |
| e-mail | | | |

Local, data

Assinatura do secretário municipal de saúde ou Coordenador da Atenção Básica

(constatando o nome, cargo e matrícula