**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