



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ORDEM DE SERVIÇO OU DE FORNECIMENTO DE BENS Nº 184/2026/SEREAB - SRSE-II/COBEN - SRSE-II/SRSE-II

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL										COD.: REAB_1_SRSE-II		
Superintendência Regional Sudeste II										Versão: 0.0 06/05/26		
ORDEM DE SERVIÇO - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL										OS-REAB'C: Nº XX / ANO:20XX		
CURSOS /QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL										Revisão: 00 DATA: XX/XX/XXXX		
Nº do Processo:		35014.037091/2026-10										
Contrato:		XX/20XX										
GEX:		Gerência Executiva em XXXXX										
IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CREDENCIADA												
Razão Social:												
CNPJ:												
DESCRIÇÃO DO SERVIÇO AUTORIZADO												
Evento:		Descrição do curso										
Período:		XX/XX/20XX a XX/XX/20XX										
Quantidade de Reabilitandos:		XX										
CRONOGRAMA												
Mês	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX
Carga Horária Mensal												
Valor Mensal do Curso												
////////////////////////////////////												
Mês	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX
Carga Horária Mensal												
Valor Mensal do Curso												
CARGA HORÁRIA TOTAL:												
VALOR TOTAL DO EVENTO:												
RELAÇÃO DOS REABILITANDOS												
#	NOME										CPF	
1												
2												
3												
4												
5												
...												
Nota Técnica de Fundamentação: A escolha da instituição baseia-se no critério de "Seleção a Critério do Terceiro" previsto no Art. 79, inciso II da Lei nº 14.133/2021, visando a celeridade do processo reabilitatório por meio da conveniência do segurado (unidade mais próxima ou disponibilidade de vaga sem fila de espera).												

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos, nos termos supra relacionados, o início de curso de capacitação, devendo ser observado durante a realização e pagamento do mesmo todos os quesitos presentes no Termo de Referência relacionado ao presente processo.

Nota: A ciência da contratada será aposta nesta OS - REAB juntamente com a(o) da(o) Fiscal do Contrato.

Nome da Cidade sede da GEX: [DATA INFRASSINATURA]

NOME SERVIDOR(A)
Fiscal do Contrato

NOME DO PREPOSTO DA CONTRATADA