



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

34.1 - Dados de Identificação

34.1.1 - Nome do Profissional

34.1.2 - PIS/PASEP

34.1.3 - CPF

34.1.4 - Número CNS

34.1.5 - Sexo

 M F

34.1.6 - Nome da Mãe

34.1.7 - Nome do Pai

34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

34.1.9 - Município de Nascimento

34.1.10 - Código IBGE do Município

34.1.11 - UF

34.1.12 - Raça/Cor

34.1.13 - Certidão/Tipo

34.1.14 - Nome do Cartório

34.1.15 - Livro

34.1.16 - Fls

34.1.17 - Termo

34.1.18 - Data de Emissão

34.1.19 - N° Identidade

34.1.20 - UF

34.1.21 - Órgão Emissor

34.1.22 - Data de Emissão

34.1.23 - Nacionalidade

 Brasileiro
 Estrangeiro

34.1.24 - País de origem (nascimento)

34.1.25 - Data de Entrada

34.1.26 - Data de Naturalização

34.1.27 - N° da Portaria

34.1.28 - N° Título de Eleitor

34.1.29 - Zona

34.1.30 - Seção

34.1.31 - CTPS Número

34.1.32 - Série

34.1.33 - UF

34.1.34 - Data de Emissão

34.1.35 - Escolaridade *

34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

34.1.37 - Frequenta Escola?

 Sim Não

34.2 - Dados Residenciais

34.2.1 - Tipo Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.4 - Complemento

34.2.5 - Bairro/Distrito

34.2.6 - Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP *

34.2.10 - Telefone

34.3 - Dados Bancários

34.3.1 - Banco

Código Nome

34.3.2 - Agência

Código Nome

34.3.3 - Conta Corrente

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.1.1 - Nome do Profissional *

34 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.2 - Órgão Emissor

--	--	--	--

34.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.	Vinculação	Cód.	Tipo	Cód.	Sub-Tipo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial Hospitalar Outros

34.4.7 - Data de Entrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.8 - Data de Desligamento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.2 - Órgão Emissor

--	--	--	--

34.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.	Vinculação	Cód.	Tipo	Cód.	Sub-Tipo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial Hospitalar Outros

34.4.7 - Data de Entrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.8 - Data de Desligamento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.2 - Órgão Emissor

--	--	--	--

34.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.	Vinculação	Cód.	Tipo	Cód.	Sub-Tipo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial Hospitalar Outros

34.4.7 - Data de Entrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.8 - Data de Desligamento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 17

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
--	------

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS	Data
---	------	--	------

Assinatura e Carimbo do Profissional	Data
--------------------------------------	------