



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

- Dados de Identificação

- Nome do Profissional

- PIS/PASEP

- CPF

- Número CNS

- Sexo

MAS

- Nome da Mãe

- Nome do Pai

34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

- Código IBGE do Município

34.1.11 - UF

34.1.12 - Raça/Cor

34.1.13 - Certidão/Tipo

34.1.14 - Nome do Cartório

- Livro

- Fls

- Termo

- Data de Emissão

- Nº Identidade

- UF

- Órgão Emissor

- Data de Emissão

- Nacionalidade
Brasileiro
Estrangeiro

- País de origem (nascimento)

- Data de Entrada

- Data de Naturalização

34.1.27 - Nº da Portaria

34.1.28 - Nº Título de Eleitor

34.1.29 - Zona

34.1.30 - Seção

- CTPS Número

- Série

- UF

- Data de Emissão

34.1.35 - Escolaridade *

- Sit. Familiar/Conjugal

- 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

- Bairro/Distrito

- Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP *

34.2.10 - Telefone

- Dados Bancários

- Banco

- Agência

- Conta Corrente

Código

Nome

Código

Nome

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

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

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

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

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

- Vínculo

Cód.	Vinculação	Cód.	Tipo	Cód.	Sub-Tipo

- Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código	Descrição	- Carga Horária Semanal		
		<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Outros

34.4.9 - Motivo do Desligamento

- Data de Entrada	34.4.8 - Data de Desligamento	Cód.	Descrição

- Vínculos

- Registro no Conselho de Classe

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

- Órgão Emissor

--	--	--	--

- Atendimento ao SUS

SIM NÃO

- Vínculo

Cód.	Vinculação	Cód.	Tipo	Cód.	Sub-Tipo

- Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código	Descrição	- Carga Horária Semanal		
		<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Outros

34.4.9 - Motivo do Desligamento

- Data de Entrada	34.4.8 - Data de Desligamento	Cód.	Descrição

- Vínculos

- Registro no Conselho de Classe

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

- Órgão Emissor

--	--	--	--

- Atendimento ao SUS

SIM NÃO

- Vínculo

Cód.	Vinculação	Cód.	Tipo	Cód.	Sub-Tipo

- Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código	Descrição	- Carga Horária Semanal		
		<input type="checkbox"/> Ambulatorial	<input type="checkbox"/> Hospitalar	<input type="checkbox"/> Outros

34.4.9 - Motivo do Desligamento

- Data de Entrada	34.4.8 - Data de Desligamento	Cód.	Descrição

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
--	------