

ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO EM MEDICINA <input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> DOUTORADO		CADASTRO DE PROFISSIONAL PARA O CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)			Nº CARTÃO SUS	
		NOME COMPLETO (SEM ABREVIATURA)				
DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		NOME COMPLETO MÃE (SEM ABREVIATURA)				
COR / RAÇA <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> INDIGENA		NOME COMPLETO PAI (SEM ABREVIATURA)				
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		CIDADE DE NASCIMENTO	U.F.	NACIONALIDADE BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> se sim, país: _____		ASSINATURA E CARIMBO
Nº C.P.F.		Nº R.G. OU R.N.E.	U.F.	ORGÃO EMISSOR:	DATA EMISSÃO:	
CBO 2231	FUNÇÃO Médico	Nº CRM E ESTADO	CARGA HORÁRIA SEMANAL NESTE SERVIÇO _____ HORAS SEMANAIS		VINCULO EMPREGATICO: <input type="checkbox"/> MÉDICO ASSOCIADO A EMPRESA <input type="checkbox"/> AUTONOMO <input type="checkbox"/> CELETISTA <input type="checkbox"/> EMPREGO PUBLICO <input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA INDIVIDUAL	
ESTADO CIVIL:		ESTUDA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	INICIO NA UNIDADE ____/____/____			
ENDEREÇO RESIDENCIAL						
LOGRADOURO						Nº
BAIRRO:		CIDADE:		U.F.	CEP:	
E-MAIL				TELEFONE - FIXO		TELEFONE – CELULAR

SUS		FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE CADASTRO DE PROFISSIONAL				FICHA Nº 20/21	
1 - DADOS OPERACIONAIS:		Inclusão <input type="checkbox"/>	Alteração <input type="checkbox"/>		Exclusão <input type="checkbox"/>		
2 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE							
2.1 Nº CNES		2.2 NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO					
31 - DADOS DO PROFISSIONAL							
31.1 Dados de Identificação							
31.1.1 Nome do Profissional:							
31.1.2 - PIS/PASEP		31.1.3 - CPF		31.1.4 - CARTÃO NACIONAL SUS		31.1.5 - SEXO	
						M () F ()	
31.1.6 - Nome da Mãe:							
31.1.7 - Nome do Pai:							
31.1.8 - Data de Nascimento do Profissional		31.1.9 - Município de Nascimento			31.1.10 U.F.	31.1.11 - Raça/Cor	
____/____/____							
31.1.12- Certidão Tipo: () Nascimento () Casamento () Outros: _____							
31.1.13 - Nome do Cartório:							
31.1.14- Livro	31.1.15 - Fls	31.1.16 Termo		31.1.17 Data da Emissão	31.1.18 - Nº Identidade (RG)		
				____/____/____			
31.1.19 -UF	31.1.20 - Orgão Emissor	31.1.21 Data de Emissão do RG		31.1.22 - Nacionalidade		31.1.23-Pais de Origem, se estrangeiro.	
		____/____/____		() Brasileiro () Estrangeiro			
31.1.24 Data de Entrada, se estrangeiro	31.1.25 - Data de Naturalização, se estrangeiro		31.1.26-Nº da Portaria, se	31.1.27 - Nº do Título de Eleitor		31.1.28 Zona	
	____/____/____					31.1.29 - Seção	
31.1.30- CTPS Nº	31.1.31 Série	31.1.32 - UF	31.1.33 - Data de emissão		31.1.34 - Escolaridade	31.1.35- Frequenta a escola?	
			____/____/____			() S () N	
31.2 - DADOS RESIDENCIAIS							
31.2.1 - Tipo de Logradouro	31.2.2 - Logradouro			31.2.3 - Numero	31.2.4 - Comple	31.2.5 - Bairro/Distrito	
31.2.6 - Município de residência		31.2.7 - UF	31.2.8 - CEP				
31.3 - VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS							
31.3.1 - Nº do Registro no Conselho de Classe		31.3.2 - Orgão Emissor			31.3.3 - Atendimento ao SUS		
					() SIM () NÃO		
31.3.4 - CBO - Classificação Brasileira de Ocupação							
Código - CBO	Descrição/Atividade Profissional			31.3.5 - Carga Horária Semanal - colocar a quantidade de horas semanais			
				() Ambulatorial () Outros			
SE PERTENCER À EQUIPE DE ESF - colocar abaixo:		31.3.6 - Data de ativação			31.3.7 Data de Desativação		
Nº Equipe:	Nº da Micro área	____/____/____			____/____/____		
					Motivo da saída (assinalar)		
				Demissão	Transferência	Outros (descrever)	
Responsável pela Unidade:					Data: ____/____/____		