

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: ____/____/____	