



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

24 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

SUS

NÃO SUS

24.1 - Dados de Identificação

24.1.1 - Nome do Profissional *

24.1.2 - PIS/PASEP

24.1.3 - CPF *

24.1.4 - Código CNS

24.1.5 - Sexo *

 M F

24.1.6 - Nome da Mãe *

24.1.7 - Nome do Pai

24.1.8 - Data do Nascimento do Profissional *

24.1.9 - Município de Nascimento *

24.1.10 - Código IBGE do Município *

24.1.11 - UF *

24.1.12 - Raça/Cor

24.1.13 - Certidão/Tipo

24.1.14 - Nome do Cartório

24.1.15 - Livro

24.1.16 - Fls

24.1.17 - Termo

24.1.18 - Data de Emissão

24.1.19 - Nº Identidade *

24.1.20 - Órgão Emissor *

24.1.21 - UF *

24.1.22 - Data de Emissão *

24.1.23 - Nacionalidade *

 Brasileiro
 Estrangeiro

24.1.24 - País de origem (nascimento)

24.1.25 - Data de Entrada

24.1.26 - Data de Naturalização

24.1.27 - Nº da Portaria

24.1.28 - Nº Título de Eleitor

24.1.29 - Zona

24.1.30 - Seção

24.1.31 - CTPS Número

24.1.32 - Série

24.1.33 - UF

24.1.34 - Data de Emissão

24.1.35 - Escolaridade *

24.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

24.1.37 - Frequenta Escola?

 Sim Não

24.2 - Dados Residenciais

24.2.1 - Tipo Logradouro *

24.2.2 - Logradouro *

24.2.3 - Número *

24.2.4 - Complemento

24.2.5 - Bairro/Distrito *

24.2.10 - Telefone

24.2.6 - Município de Residência *

24.2.7 - Código IBGE do Município *

24.2.8 - UF *

24.2.9 - CEP *

24.3 - Dados Bancários

24.3.1 - Banco

Código Nome

24.3.2 - Agencia

Código Nome

24.3.3 - Conta Corrente

24.4 - Vínculos

24.4.1 - Registro no Conselho de Classe *

24.4.2 - Órgão Emissor *

24.4.3 - Atendimento ao SUS *

 SIM NÃO

24.4.4 - Vinculação *

Cód. Descrição

24.4.5 - Carga Horária *

 Ambulatorial Hospitalar Outros

24.4.6 - Especialidade *

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

Obs.: Os campos indicados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório para os profissionais SUS

Obs.: Os campos 24.1.1; 24.1.3; 24.4.1; 24.4.2; 24.4.4 e 24.4.6 são de preenchimento obrigatório para os profissionais Não SUS

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