



1 - DADOS OPERACIONAIS
2 - IDENTIFICAÇÃO

INCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

2.1 - CNES

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 *

24.1.24 - País de origem (nascimento)

Brasileiro
 Estrangeiro

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 *

24.2.6 - Município de Residência *

24.2.7 - Código IBGE do Município *

24.2.8 - UF *

24.2.9 - CEP *

24.2.10 - Telefone

24.3 - Dados Bancários

24.3.1 - Banco

24.3.2 - Agência

24.3.3 - Conta Corrente

Código

Nome

Código

Nome

24.4 - Vínculos

Registro no Conselho de Classe *

Órgão Emissor *

Atendimento ao SUS *

Vinculação *

Código CBO *

Descrição *

SIM NÃO

Vínculo Empregatício Autônomo

Carga Horária *

Ambulatorial Hospitalar Outros

Registro no Conselho de Classe *

Órgão Emissor *

Atendimento ao SUS *

Vinculação *

Código CBO *

Descrição *

SIM NÃO

Vínculo Empregatício Autônomo

Carga Horária *

Ambulatorial Hospitalar Outros

Registro no Conselho de Classe *

Órgão Emissor *

Atendimento ao SUS *

Vinculação *

Código CBO *

Descrição *

SIM NÃO

Vínculo Empregatício Autônomo

Carga Horária *

Ambulatorial Hospitalar Outros

Obs 1: Os campos indicados com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório para os profissionais SUS

Obs 2: Os campos 24.1.1; 24.1.3 24.4 são de preenchimento obrigatório para os profissionais Não SUS

Obs 2: O campo 24.4 possibilita que seja informado até 3 vínculos

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