



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 - Agencia

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