



1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

31.1.1 - Nome do Profissional *

31 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

31.4 - Vínculos

31.4.1 - Registro no Conselho de Classe

31.4.2 - Órgão Emissor

31.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM

NÃO

31.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

31.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

31.4.7 - Data de Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

31.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

31.4 - Vínculos

31.4.1 - Registro no Conselho de Classe

31.4.2 - Órgão Emissor

31.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM

NÃO

31.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

31.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

31.4.7 - Data de Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

31.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

31.4 - Vínculos

31.4.1 - Registro no Conselho de Classe

31.4.2 - Órgão Emissor

31.4.3 - Atendimento ao SUS

SIM

NÃO

31.4.4 - Vínculo

Cód.

Vinculação

Cód.

Tipo

Cód.

Sub-Tipo

31.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

31.4.6 - Carga Horária Semanal

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

31.4.7 - Data de Entrada

31.4.8 - Data de Desligamento

31.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 17

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