



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Cadastro de Profissional

Página 01

1. DADOS OPERACIONAIS
2. IDENTIFICAÇÃO

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

CNES

Nome Fantasia do Estabelecimento

DADOS DO PROFISSIONAL

Dados de Identificação

Nome do profissional

PIS/PASEP

CPF

Número CNS

Sexo

M

F

Nome da Mãe

Nome do Pai

Data de Nascimento

Município de Nascimento

Código IBGE do Município

UF

Raça/Cor

Documento de Identidade

UF

Órgão Emissor

Data de Emissão

País de origem (Nascimento)

Nacionalidade

Brasileiro

Estrangeiro

País de Nascimento

Data de Entrada

Data de Naturalização

Nº da Portaria

CTPS

Série

UF

Data de Emissão

Escolaridade

Situação Familiar / Conjugal

Frequenta Escola?

Sim

Não

Dados Residenciais

Tipo de Logradouro

Logradouro

Número

Complemento

Bairro/Distrito

Município de Residência

Código IBGE do Município

UF

CEP

Telefone

e-mail

Vínculos

Registro no Conselho de Classe

Órgão Emissor

Atendimento ao SUS

SIM

NÃO

Cód.

Cód.

Cód.

Vínculo

Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

Carga Horária Semanal

Ambulatorial

Hospitalar

Outro

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data