SUS	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE Cadastro de Profissional (Continuação)	Ficha n° 21

1 - DADOS OPERACIONAIS → INCLUSÃO ☐ ALTERAÇÃO ☐ EXCLUSÃO ☐

2 – IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 – Nome Fantasia do Estabelecimento

34.1.1 - Nome do Profissional *

34 - DADOS DO PROFISSIONAL - Continuação

34.4 – Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS ☐ SIM ☐ NÃO

34.4.4 - Vínculo: Cód. / Vinculação / Cód. / Tipo / Cód. / Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO: Código / Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Outros

34.4.7 – Data de Entrada

34.4.8 – Data de Desligamento

34.4.9 – Motivo do Desligamento: Cód. / Descrição

34.4 – Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS ☐ SIM ☐ NÃO

34.4.4 - Vínculo: Cód. / Vinculação / Cód. / Tipo / Cód. / Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO: Código / Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Outros

34.4.7 – Data de Entrada

34.4.8 – Data de Desligamento

34.4.9 – Motivo do Desligamento: Cód. / Descrição

34.4 – Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS ☐ SIM ☐ NÃO

34.4.4 - Vínculo: Cód. / Vinculação / Cód. / Tipo / Cód. / Sub-Tipo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO: Código / Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Outros

34.4.7 – Data de Entrada

34.4.8 – Data de Desligamento

34.4.9 – Motivo do Desligamento: Cód. / Descrição

* Preencher com o nome do profissional informado na ficha 20

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

Assinatura e Carimbo do Profissional | Data