PREFEITURA PIRA PIRACICABA

Ficha Cadastral de Profissional de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Cadastro de profissional no CNES

1 Tipo de solicitação

Operação *

☐ Inclusão de profissional ☐ Alteração de dados ☐ Exclusão / Desligamento

CNES do estabelecimento * | **Nome do estabelecimento** *

O que está sendo alterado / motivo da exclusão *(descreva)*

2 Dados pessoais

Os dados devem ser iguais aos do CPF na Receita Federal.

Nome completo * *(sem abreviar)* | **CPF** *

Nacionalidade *
☐ Brasileira ☐ Estrangeira

Sexo *
☐ Masculino ☐ Feminino

País de origem *(se estrangeira)* | **Data de nascimento** * *(dd/mm/aaaa)* | **Telefone** * *(DDD + número)*

Nome da mãe * *(sem abreviar)* | **Município de nascimento** * | **UF** *

3 Dados profissionais

Código CBO * *(ex.: 2251-25)* | **Descrição da ocupação** * *(consultar em http://bit.ly/CADASTROCNES)*

Conselho de classe * *(CRM, COREN, CRO...)* | **Nº do registro** * | **UF** * | **C.H. semanal** * *(horas)*

Atende pacientes SUS? *
☐ Sim ☐ Não

Vínculo com o estabelecimento *

☐ Empregatício (celetista) ☐ Autônomo – Pessoa Física ☐ Autônomo – Pessoa Jurídica

CNPJ da empresa *(se Autônomo – Pessoa Jurídica)* | **Razão social da empresa**

4 Declaração e assinaturas

Declaro, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), que as informações prestadas nesta ficha são verdadeiras e que comunicarei a esta Divisão da Secretaria Municipal de Saúde qualquer alteração (ocupação, carga horária, vínculo ou desligamento do estabelecimento).

Profissional * | **Responsável Administrativo ou Técnico do estabelecimento** *

Assinatura Data: _____/_____/_____ Assinatura Data: _____/_____/_____

gov.br *Este documento pode ser assinado via certificado digital.*