



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Cadastro de Profissional (Continuação)

Ficha nº 21

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

3 2 1 5 2 3 7

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

COFTALCE

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

INTERMEDIADO

Cód.

Tipo

COOPERATIVA

Cód.

Sub-Tipo

63303978000142

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

225265

Descrição

MÉDICO OFTALMOLOGISTA

34.4.6 - Carga Horária Semanal

02

Ambulatorial

☐

Hospitalar

06

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 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

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data