



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

Ficha nº 21

1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

☒

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

3 0 0 5 7 0 4

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

COOPANEST-CE

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

Cód.

Vinculação

INTERMEDIADO

Cód.

Tipo

COOPERATIVA

Cód.

Sub-Tipo

11807245000141

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

225151

Descrição

MÉDICO ANESTESIOLOGISTA

34.4.6 - Carga Horária Semanal

03

Ambulatorial

12

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

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

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