



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

8 - ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO E INFORMÁTICA

8.1 - Internet

8.1.1 - Conexão à Internet

Sim
Não

8.1.2 - Tipo de Conexão

Discado Link dedicado Satélite 3G
 ADSL Rádio Cabo Modem Fibra Ótica

8.2 - Telefonia

8.2.1 - Telefonia Fixa

Sim
Não

8.2.2 - Telefonia Móvel

Sim
Não

9 - COMISSÕES E OUTROS

9.1 - Comissões

001 - Ética Médica

002 - Ética de Enfermagem

003 - Farmácia e Terapêutica

004 - Controle de Infecção Hospitalar

005 - Apropriação de Custos

006 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

007 - Revisão de Prontuários

008 - Revisão de Documentação Médica e Estatística

009 - Análise de Óbitos e Biópsias

010 - Investigação Epidemiológica

011 - Notificação de Doenças

012 - Controle de Zoonoses e Vetores

013 - Mortalidade Materna

014 - Mortalidade Neonatal

015 - Padronização de Medicamentos

016 - Transplantes de Órgãos

017 - Hemoterapia

018 - Multidisciplinar de Terapia Nutricional

9.2 - Acreditações:

02 - Manual Brasileiro de Acreditação

01. Acreditado
 02. Acreditado Pleno
 03. Acreditado com Excelência

03 - Manual da Joint Commission International (JCI)

01. Acreditado

04 - Manual da Accreditation Canada

01. Acreditado

05 - International Accreditation Standard of Hospitals (DNV)

01. Acreditado

06 - Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos

01. Acreditado

07 - Manual para Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade de Laboratórios Clínicos

01. Acreditado

08 - Acreditação de Laboratórios de Análises Clínicas (ABNT NBR NM ISO 15189)

01. Acreditado

9.3 - Programa de Reestruturação de Hospital Filantrópico:

Este hospital fez adesão ao Programa?

Sim

Não

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--	--

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

15 - INSTALAÇÕES FÍSICAS PARA A ASSISTÊNCIA

15.1 - Urgência e Emergência

Consultórios Médicos	Quantidade	Odontologia	Consultórios	Sala de Atendimento a paciente crítico/ grave	Salas	Leitos	Sala de Acolhimento com Classificação de Risco	Salas	Leitos
----------------------	------------	-------------	--------------	---	-------	--------	--	-------	--------

Sala de Atendimento (Triagem)	Pediátrico	Feminino	Masculino	Indiferenciado
	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade

Sala de Curativo	Quantidade	Sala de Gesso	Quantidade	Sala de Higienização	Quantidade	Sala de Pequena Cirurgia	Quantidade
------------------	------------	---------------	------------	----------------------	------------	--------------------------	------------

Sala de Repouso / Observação	Pediátrico	Feminino	Masculino	Indiferenciado				
Total de Salas e Total de Leitos	Salas	Leitos	Salas	Leitos	Salas	Leitos	Salas	Leitos

15.2 - Ambulatório

Consultórios Médicos	Clinicas Básicas	Clinicas Especializadas	Indiferenciado	Outros Consultórios (Não Médicos)	Quantidade
----------------------	------------------	-------------------------	----------------	-----------------------------------	------------

Sala de Repouso/Observação	Pediátrico	Feminino	Masculino	Indiferenciado				
Total de Salas e Total de Leitos	Salas	Leitos	Quantidade	Leitos	Quantidade	Leitos	Quantidade	Leitos

Odontologia	Consultórios	Sala de Pequena Cirurgia	Quantidade	Sala de Enfermagem (Serviços)	Quantidade
-------------	--------------	--------------------------	------------	-------------------------------	------------

Sala de Imunização	Quantidade	Sala de Nebulização	Quantidade	Sala de Gesso	Quantidade
--------------------	------------	---------------------	------------	---------------	------------

Sala de Curativo	Quantidade	Sala de Cirurgia Ambulatorial	Quantidade
------------------	------------	-------------------------------	------------

15.3 - Hospitalar

15.3.1 - Centro Cirúrgico

Sala de Cirurgia	Quantidade	Sala de Recuperação	Quantidade	Leitos	Sala de Cirurgia Ambulatorial	Quantidade
------------------	------------	---------------------	------------	--------	-------------------------------	------------

15.3.2 - Centro Obstétrico

Sala de Pré-parto	Quantidade	Leitos	Sala de Parto Normal	Quantidade	Sala de Cirurgia	Quantidade
			Sala de Curetagem	Quantidade		

15.3.3 - Unidade Neonatal

Leitos RN Normal	Quantidade	Leitos RN Patológico	Quantidade	Leitos de Alojamento Conjunto	Quantidade
------------------	------------	----------------------	------------	-------------------------------	------------

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

16 - SERVIÇOS DE APOIO

<i>Serviço</i>	<i>Próprio</i>	<i>Terceirizado</i>
01 - SAME ou SPP(Serviço de Prontuário do Paciente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Serviço Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Farmácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Central de Esterilização de Materiais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Nutrição e Dietética (S.N.D.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Lactário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Banco de Leite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Lavanderia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Serviço de Manutenção de Equipamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Ambulância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Necrotério	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Estrutura de Academia da Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)		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	



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.1 - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
1	Gama Câmara	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mamógrafo com Comando Simples	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mamógrafo com Estereotaxia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Raio X até 100 mA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Raio X de 100 a 500 mA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Raio X mais de 500 mA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Raio X Dentário	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Raio X com Fluoroscopia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Raio X para Densitometria Óssea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Raio X para Hemodinâmica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tomógrafo Computadorizado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ressonância Magnética	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ultra-som Doppler Colorido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ultra-som Ecógrafo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ultra-som Convencional	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Processadora de Filme Exclusiva para Mamografia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.2 - Equipamentos de Infraestrutura

01	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Grupo Gerador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Usina de Oxigênio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

01	Endoscópio das Vias Respiratórias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Endoscópio das Vias Urinárias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Endoscópio Digestivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Equipamentos para Optometria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Laparoscópio/Vídeo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Microscópio Cirúrgico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS →

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS

29.3 - Equipamentos por Métodos Ópticos

01	Endoscópio das Vias Respiratórias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Endoscópio das Vias Urinárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Endoscópio Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Equipamentos para Optometria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Laparoscópio/Vídeo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Microscópio Cirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Cadeira Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Coluna Oftalmológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Refrator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Lensômetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Projedor ou Tabela de Optótipos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Retinoscópio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Oftalmoscópio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ceratômetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Tonômetro de Aplanção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Biomicroscópio (Lâmpada de Fenda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Campímetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
29.4 - Equipamento por Métodos Gráficos					
01	Eletrocardiógrafo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Eletroencefalógrafo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.5 - Equipamentos para Manutenção da Vida

01	Bomba/Balão Intra-aórtico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Bomba de Infusão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Berço Aquecido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Bilirrubinômetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Debitômetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Desfibrilador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Equipamento de Fototerapia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Incubadora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Marcapasso Temporário	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Monitor de ECG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Monitor de Pressão Invasivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Monitor de Pressão não-Invasivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Reanimador Pulmonar /Ambu	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Respirador/Ventilador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - EQUIPAMENTOS (Continuação)

29.6 - Equipamento de Odontologia

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
01	Equipo Odontológico Completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Compressor Odontológico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Fotopolimerizador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Caneta de Alta Rotação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Caneta de Baixa Rotação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Amalgamador	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Aparelho de Profilaxia com Jato de Bicarbonato	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.7 - Outros Equipamentos

01	Aparelho de Diatermia por Ultra-som/Ondas Curtas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Aparelho de Eletroestimulação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bomba de Infusão de Hemoderivados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Equipamentos de Aférese	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Equipamento de Circulação Extracorpórea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Equipamento para Hemodiálise	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Forno de Bier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

29 - Equipamentos (Continuação)

29.8 - Equipamento de Audiologia

		Quantidade Existente	Quantidade em uso	SUS	
				Sim	Não
01	Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Emissões Otoacústicas Evocadas por Produto de Distorção	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico de Curta, Média e Longa Latência	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Audiômetro de um Canal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Audiômetro de dois Canais	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Imitanciômetro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Imitanciômetro multifrequencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Cabina acústica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sistema de campo livre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Sistema completo de reforço visual (VRA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ganho de inserção	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	HI-PRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30 - Rejeitos

30.1 - Resíduos/Rejeitos

1 - Resíduos Biológicos

4 - Resíduos Comuns

2 - Resíduos Químicos

5 - Nenhum

3 - Rejeitos Radioativos

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34 - DADOS DO PROFISSIONAL

34.1 - Dados de Identificação

Atenção: Nome Completo e sem abreviaturas

34.1.1 - Nome do Profissional

34.1.2 - PIS/PASEP

34.1.3 - CPF

34.1.4 - Número CNS

34.1.5 - Sexo

 M F

34.1.6 - Nome da Mãe

34.1.7 - Nome do Pai

34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

34.1.9 - Município de Nascimento

34.1.10 - Código IBGE do Município

34.1.11 - UF

34.1.12 - Raça/Cor

ATENÇÃO: Preencher dados de uma certidão, caso não possua Identidade (RG)

34.1.13 - Certidão/Tipo

34.1.14 - Nome do Cartório

34.1.15 - Livro

34.1.16 - Fls

34.1.17 - Termo

34.1.18 - Data de Emissão

34.1.19 - Nº Identidade

34.1.20 - UF

34.1.21 - Órgão Emissor

34.1.22 - Data de Emissão

34.1.23 - Nacionalidade

 Brasileiro
 Estrangeiro

34.1.24 - País de origem (nascimento)

34.1.25 - Data de Entrada

34.1.26 - Data de Naturalização

34.1.27 - Nº da Portaria

Programa

 PROVAB
 Mais Médicos

Data de Adesão

34.1.31 - CTPS Número

34.1.32 - Série

34.1.33 - UF

34.1.34 - Data de Emissão

34.1.35 - Escolaridade*

ATENÇÃO - No caso de estrangeiros é obrigatória a informação do País de Origem (Nascimento), a data de naturalização e o nº da Portaria de Naturalização

34.2 - Dados Residenciais

34.2.1 - Tipo Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.4 - Complemento

34.2.5 - Bairro/Distrito

34.2.6 - Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP*

34.2.10 - Telefone

34.3 - Dados Bancários

34.3.1 - Banco

34.3.2 - Agência

34.3.3 - Conta Corrente

Código Nome

Código Nome

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data

E-mail do Profissional



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

Apenas para as ocupações que tem Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

Neste Estabelecimento

SIM

NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vínculo com o Estabelecimento

Cód.

Vínculo com o Empregador

Cód.

Detalhamento do Vínculo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Em horas inteiras

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

CNPJ do Empregador

34.4 - Vínculos

34.4.1 - Registro no Conselho de Classe

Apenas para as ocupações que tem Conselho de Classe

34.4.2 - Órgão Emissor

34.4.3 - Atendimento ao SUS

Neste Estabelecimento

SIM

NÃO

34.4.4 - Vínculo

Cód.

Vínculo com o Estabelecimento

Cód.

Vínculo com o Empregador

Cód.

Detalhamento do Vínculo

34.4.5 - Classificação Brasileira de Ocupações - CBO

Código

Descrição

34.4.6 - Carga Horária Semanal

Em horas inteiras

Ambulatorial

Hospitalar

Outros

34.4.7 - Data de Entrada

34.4.8 - Data de Desligamento

34.4.9 - Motivo do Desligamento

Cód.

Descrição

CNPJ do Empregador

* 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