



SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Ficha de Identificação do Profissional

DADOS PESSOAIS:

Nome				
Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS)				
Nº CPF	Data de Nascimento	Município de Nascimento	UF	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nº Identidade	Data de Emissão	Cidade de Emissão	UF	Órgão Emissor
Nome do Pai				
Nome da Mãe				

DADOS RESIDENCIAIS:

Logradouro	Nº	Complemento	
Bairro	Município	UF	CEP
e-mail	Celular	Fone Residencial	

DADOS PROFISSIONAIS:

Escolaridade / Graduação Acadêmica		
Vínculo <input type="checkbox"/> UFU <input type="checkbox"/> FAEPU <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> EBSERH <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> Outro _____		
CBO / Especialidade	Nº Registro no Conselho de Classe	Órgão Emissor / UF
Setor/Lotação	Carga Horária Semanal	Data de Admissão

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____