

SOLICITAÇÃO					
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	01 - CPF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		02 - CNS [CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE] <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO	03 - NOME DO PROFISSIONAL <input type="text"/> <input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO					
04 - CNES [INCLUIR] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			05 - ESTABELECIMENTO [INCLUIR] <input type="text"/> <input type="text"/>		
06 - CNES [RETIRAR] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			07 - ESTABELECIMENTO [RETIRAR] <input type="text"/> <input type="text"/>		
08 - CBO [INCLUIR] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		09 - CBO [RETIRAR] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10 - ATENDE PELO SUS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11 - CARGA HORÁRIA SEMANAL <input type="text"/> <input type="text"/> Horas AMBULATORIAL <input type="text"/> <input type="text"/> Horas HOSPITALAR <input type="text"/> <input type="text"/> Horas OUTRO (ADMINISTRATIVO)	12 - OUTROS <input type="checkbox"/> PRECEPTOR <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> RESPONSÁVEL TÉCNICO
13 - NÚMERO DO CONSELHO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			14 - UF <input type="text"/> <input type="text"/>		
15 - CONSELHO REGIONAL [ORGÃO EMISSOR]					
<input type="checkbox"/> 15 - BIOMEDICINA	<input type="checkbox"/> 66 - ENFERMAGEM				
<input type="checkbox"/> 17 - FONOAUDIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 69 - FARMÁCIA				
<input type="checkbox"/> 18 - BIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 70 - FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPAC.				
<input type="checkbox"/> 19 - EDUCAÇÃO FÍSICA	<input type="checkbox"/> 71 - MEDICINA				
<input type="checkbox"/> 23 - RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 72 - MEDICINA VETERINÁRIA				
<input type="checkbox"/> 25 - ÓPTICOS	<input type="checkbox"/> 74 - NUTRIÇÃO				
<input type="checkbox"/> 26 - TÉC. DE RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> 75 - ODONTOLOGIA				
<input type="checkbox"/> 62 - ASSISTÊNCIA SOCIAL	<input type="checkbox"/> 77 - PSICOLOGIA				
OUTRO CONSELHO? INFORME O CÓDIGO: <input type="text"/> <input type="text"/>					
16 - TIPO DE VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO					
<input type="checkbox"/> 010101 - EFETIVO [PRÓPRIO]					
<input type="checkbox"/> 010102 - EFETIVO [CEDIDO] CNPJ: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 070101 - BOLSISTA [PRÓPRIO]					
<input type="checkbox"/> 070102 - BOLSISTA [ENTE] CNPJ: <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> 010301 - CONTRATO COM TEMPO DETERMINADO [PÚBLICO]					
<input type="checkbox"/> 010302 - CONTRATO COM TEMPO DETERMINADO [PRIVADO]					
OUTRO TIPO DE VÍNCULO? INFORME O CÓDIGO ABAIXO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
CNPJ: (SE APPLICÁVEL) <input type="text"/>					

MÓDULO EQUIPES (CNES)

17 - INI DA EQUIPE [INCLUIR] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		18 - ENTRADA (DD/MM/AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
19 - INI DA EQUIPE [RETIRAR] <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		20 - DESLIGAMENTO (DD/MM/AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

____ / ____ / ____		
RESPONSÁVEL TÉCNICO / ADMINISTRADOR / SOLICITANTE		
____ / ____ / ____		
AUDITOR(A) DO GESTOR DO SUS RESPONSÁVEL		

<input type="checkbox"/> EFETIVADO	<input type="checkbox"/> NÃO EFETIVADO
Data de Execução <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Operador(a) do SCNES	

Campo de Controle e Observações: