

SOLICITAÇÃO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO		01 - CPF <input type="text"/>	02 - CNS [CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE] <input type="text"/>
03 - NOME DO PROFISSIONAL <input type="text"/>			
04 - CNES [INCLUIR] <input type="text"/>	05 - ESTABELECIMENTO [INCLUIR] <input type="text"/>		
06 - CNES [RETIRAR] <input type="text"/>	07 - ESTABELECIMENTO [RETIRAR] <input type="text"/>		
08 - CBO [INCLUIR] <input type="text"/>	09 - CBO [RETIRAR] <input type="text"/>	10 - ATENDE PELO SUS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11 - CARGA HORÁRIA SEMANAL <input type="text"/> Horas AMBULATORIAL <input type="text"/> Horas HOSPITALAR <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"/>	
14 - UF <input type="text"/>		15 - CONSELHO REGIONAL [ORGÃO EMISSOR] <input type="checkbox"/> 15 - BIOMEDICINA <input type="checkbox"/> 17 - FONOAUDIOLOGIA <input type="checkbox"/> 18 - BIOLOGIA <input type="checkbox"/> 19 - EDUCAÇÃO FÍSICA <input type="checkbox"/> 23 - RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> 25 - OPTICOS <input type="checkbox"/> 26 - TÉC. DE RADIOLOGIA <input type="checkbox"/> 62 - ASSISTÊNCIA SOCIAL <input type="checkbox"/> 66 - ENFERMAGEM <input type="checkbox"/> 69 - FARMÁCIA <input type="checkbox"/> 70 - FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPAC. <input type="checkbox"/> 71 - MEDICINA <input type="checkbox"/> 72 - MEDICINA VETERINÁRIA <input type="checkbox"/> 74 - NUTRIÇÃO <input type="checkbox"/> 75 - ODONTOLOGIA <input type="checkbox"/> 77 - PSICOLOGIA OUTRO CONSELHO? INFORME O CÓDIGO: <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"/> CNPJ: (SE APLICÁVEL) <input type="text"/>			

MÓDULO EQUIPES (CNES)

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

ASSINATURAS

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

☐ EFETIVADO ☐ NÃO EFETIVADO
 Data de Execução
 ____ / ____ / ____

 Operador(a) do SCNES

Campo de Controle e Observações: