

**Ficha de cadastro do SCNES**

CPF (LEGIVEL) CNS:

Nome

Ocupação (médico/nutricionista/administrativo/etc)

Especialidade Médica

Residente? ( ) SIM ( ) NÃO

Nº Registro Conselho de Classe (CAMPO **OBRIGATÓRIO** SE O PROFISSIONAL TIVER)

(CRM/COREN/CRO/CRN/etc...)

Carga Horaria Ambulatorial (Horas)

Carga Horaria Hospitalar (Horas)

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

Nome da MÃE

Nome do PAI

Data de Nascimento / / Naturalidade UF

Endereço Residencial

CEP Cidade:

RG: Emissão / / Órgão Emissor

Vínculo Empregatício (FUB/MS/EBSERH)

Data de Admissão: / /

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

Vínculo com outra Instituição? ( ) SIM ( ) NÃO Nome da Instituição:

Carga Horária Ambulatorial Hospitalar

Telefone:

Assinatura: