



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE – CNES
() INCLUSÃO () MUDANÇA () EXONERAÇÃO

DADOS PESSOAIS

1 – Nome: _____
2 – CPF: _____
3 – CARTÃO DO SUS: _____
4 – Data de Nascimento: ____/____/____
5 – Município de Nascimento: _____
6 – Nome da Mãe: _____
7 – Nome do Pai: _____
8 – N° de Identidade: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Órgão Emissor: _____ UF: _____ 9 – Nacionalidade: _____
10 – Escolaridade: _____ 11 – Estado Civil: _____
12 – Sexo: () Feminino () Masculino
13 – E-mail: _____

DADOS RESIDENCIAIS

Endereço: _____ N°: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Celular: _____ Outro telefone: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Local onde vai trabalhar: _____
Micro-área (**apenas para ACS**): _____
Função/Cargo: _____
Especialidade (se houver): _____
N° Registro no Conselho de Classe: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____
Carga Horária Semanal: _____ Data de Início: ____/____/____
Tipo de Contratação: () Concurso () Processo Seletivo () Emergencial
Matrícula (se já tiver): _____