

**CÓPIAS DE DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES A SMS NATAL DO
PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL DE ACORDO COM O EDITAL
DO DIARIO OFICIAL DA UNIÃO:**

- CPF**
- RG**
- 01 FOTO 3x4**
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**
- CERTIDÃO NEGATIVA DE ANTECEDENTES CRIMINAIS**
- CERTIDÃO NEGATIVA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA**
- 2 CÓPIAS DO TERMO DE ADESÃO**
- DIPLOMA DE GRADUAÇÃO (Autenticado)**
- CARTEIRA DE TRABALHO, Nº DO PIS/PASEP**
- CARTEIRA PROFISSIONAL - CRM (Autenticada)**
- QUITAÇÃO ELEITORAL**
- CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO DO BRASIL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO NATAL
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
SETOR DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E ARTICULAÇÃO ENSINO-SERVIÇO**

NÚCLEO DE REGULAÇÃO - PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

FICHA CADASTRAL

Nome do médico(a) _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade _____ CEP: _____

Telefone fixo: _____ Celular _____

E-mail: _____

Data de Admissão: ____/____/____

Unidade de Lotação: _____

Data de início das atividades na USF: ____/____/____

RG: _____ Data de expedição: ____/____/____ Órgão
expedidor _____

CPF: _____ CRM _____ RMS _____

PIS/PASEP: _____

CÓPIAS DE DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES

- () 1 Foto 3x4
- () Cópia RG e CPF
- () Cópia de comprovante Residência
- () Certidão negativa de Antecedentes Criminais
- () Certidão negativa de Boa Conduta do Conselho Regional de Medicina
- () 2 cópias do Termo de Adesão
- () Cópia Autenticada do Diploma de Graduação
- () Cópia autenticada da Carteira Profissional - CRM
- () Certidão de Quitação Eleitoral
- () Cópia do Cartão do Banco: Agência: _____ Conta: _____

Inscrição: () Deferida () Indeferida

Assinatura do Médico(a)

Assinatura do responsável pelo Projeto Mais Médicos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

NEGATIVA DE VÍNCULO DE SERVIÇO INCOMPATÍVEL COM AS EXIGÊNCIAS DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL.

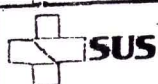
Eu, _____, portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, CRM nº _____, declaro, sob as penas da lei*, que não possuo vínculo de serviço incompatível com exigências do Projeto Mais Médicos para o Brasil, conforme subitem 2.2.5 do Edital/SGTES nº 03, de 19 de abril de 2017.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

*Código Penal – Falsidade Ideológica Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

OBS.: Esta declaração deverá ser apresentada no ato da inscrição no Sistema de Gerenciamento de Programas e no início das atividades, conforme subitem 2.2.5 do Edital/SGTES nº 03, de 19 de abril de 2017.



FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
Cadastro de Profissional

Ficha nº 20

1 - DADOS OPERACIONAIS

2 - IDENTIFICAÇÃO

2.1 - CNES

INCLUSÃO

☐

ALTERAÇÃO

☐

EXCLUSÃO

☐

2.8 - Nome Fantasia do Estabelecimento

34 - DADOS DO PROFISSIONAL

CADASTRAMENTO

☒

SUS

☐

NÃO SUS

34.1 - Dados de Identificação

34.1.1 - Nome do Profissional

X

34.1.2 - PIS/PASEP

34.1.3 - CPF

34.1.4 - Número CNS

34.1.5 - Sexo

☐

M

☐

F

34.1.6 - Nome da Mãe

34.1.7 - Nome do Pai

34.1.8 - Data do Nascimento do Profissional

34.1.9 - Município de Nascimento

34.1.10 - Código IBGE do Município

34.1.11 - UF

34.1.12 - Raça/Cor

34.1.13 - Cartão/Tipo

34.1.14 - Nome do Cartão

34.1.15 - Livro

34.1.16 - Fls

34.1.17 - Termo

34.1.18 - Data de Emissão

34.1.19 - Nº Identidade

34.1.20 - UF

34.1.21 - Órgão Emissor

34.1.22 - Data de Emissão

34.1.23 - Nacionalidade

☒

Brasileiro

☐

Estrangeiro

34.1.24 - País de origem (nascimento)

34.1.25 - Data de Entrada

34.1.26 - Data de Naturalização

34.1.27 - Nº do Portador

34.1.28 - Nº Título de Eleitor

34.1.29 - Zona

34.1.30 - Seção

34.1.31 - CTPS Número

34.1.32 - Série

34.1.33 - UF

34.1.34 - Data de Emissão

34.1.35 - Exatidão

34.1.36 - Sit. Familiar/Conjugal

☐

Solteiro

34.1.37 - Frequente Escola?

☐

Sim

☐

Não

34.2 - Dados Residenciais

34.2.1 - Tipo Logradouro

34.2.2 - Logradouro

34.2.3 - Número

34.2.4 - Complemento

34.2.5 - Bairro/Distrito

34.2.6 - Município de Residência

34.2.7 - Código IBGE do Município

34.2.8 - UF

34.2.9 - CEP

34.2.10 - Telefone

34.3 - Dados Bancários

34.3.1 - Banco

34.3.2 - Agência

34.3.3 - Conta Corrente

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

Data

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data