



IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIDORES DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PARA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA A PANDÊMICA

Código município: _____ Nome do Município: _____

Nº do CNES: _____ (campo obrigatório se existir o cadastro)

Nome do Estabelecimento de Saúde: _____

Natureza de gestão: () Pública () Privada () Conveniada
(Campo obrigatório para quem não possui CNES).

Escreva o nº de profissionais do Estabelecimento de Saúde segundo a categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE/ VISITADOR DE SAÚDE	
ADMINISTRADOR	
ALMOXARIFE	
ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS	
ASSISTENTE SOCIAL	
ATENDENTE DE LAVANDERIA	
AUXILIAR DE SERVIÇO DE LIMPEZA	
COPEIRA	
COSTUREIRA	
COZINHEIRA	
ENFERMEIRO	
ESCRITURÁRIO	
FARMACÊUTICO/BIOQUÍMICO	
FISIOTERAPEUTA	
FONOAUDIÓLOGO	
MAQUEIRO	
MÉDICO	
MOTORISTA	
NUTRICIONISTA	
ODONTÓLOGO	
PSICÓLOGO	
RECEPCIONISTA	
TERAPÊUTA OCUPACIONAL	
TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM	
TÉCNICO/AUXILIAR DE LABORATÓRIO OU ODONTOLOGIA	
TÉCNICO EM HIGIENE BUCAL	
TÉCNICO EM MANUTENÇÃO	
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	
VIGILANTE	
OUTRAS*	

* OBS: Profissionais que prestam atendimento ou tem contato diretamente com o paciente

Responsável pelo fornecimento das informações:

Nome:

Assinatura:

Data: