



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

3.1 - Código e Nome da Área/Equipe

Cód.	Descrição
------	-----------

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Tipificação da Equipe

Cód.	Tipo	Descrição
Cód.	Subtipo	Descrição

3.4 - Área

3.5 - Segmento Territorial

3.6 - Tipo

3.7 - População Assistida

Cód.	Descrição	Cód.	Cód.	Descrição
Cód.	Descrição	Cód.	Cód.	Descrição

3.8 - Data de Ativação

3.9 - Data de Desativação

3.10 - Tipo da Desativação

3.11 - Motivo da Desativação

Cód.	Descrição	Cód.	Descrição
------	-----------	------	-----------

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.12.1 - Nome do Profissional

3.12.2 - CPF

3.12.1 - Nome do Profissional	3.12.2 - CPF
3.12.3 - CNES	3.12.4 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 - Especificação da Equipe

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

4.1.10 - Carga Horária Diferenciada

4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	4.1.10 - Carga Horária Diferenciada
4.1.7 - Microárea	4.1.8 - Residência	4.1.9 - CH em outra equipe	
4.1.11 - Atendimento Complementar	4.1.12 - Data de Entrada	4.1.13 - Data de Desligamento	

5 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)

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