



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 - Tipo da Equipe

Cód. Descrição

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Nome de Referência da Equipe

3.4 - Data de Ativação

3.5 - Data de Desativação

3.6 - Tipo da Desativação

3.7 - Motivo da Desativação

Cód. Descrição

Cód. Descrição

4 - VINCULAÇÃO NASF

4.1 - Vinculação NASF ao ESF

4.1.1 Cód. IBGE

4.1.2 Cód CNES

4.1.3 Cód. Área Descrição Área

4.1.4 Cód. Segmento

Descrição Segm.

4.1.5 Tipo de Equipe

1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 - Vinculação NASF a Academia da Saúde

4.2.1 - CNES

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4.2.1 - CNES

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

4.2.1 - CNES

4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

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