



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 - Nome de Referência da Equipe

3.3 - Data de Ativação

3.4 - Data de Desativação

3.5 - Tipo da Desativação

3.6 - Motivo da Desativação

Cód.

Descrição

Cód.

Descrição

4 - EQUIPES VINCULADAS

	4.1 Cód. IBGE	4.2 Cód CNES	4.3 Tipo de Equipe	4.4 Cód. Segmento	Descrição Segm.	4.5 Cód. Área	Descrição Área
1	<input type="text"/>						
2	<input type="text"/>						
3	<input type="text"/>						
4	<input type="text"/>						
5	<input type="text"/>						
6	<input type="text"/>						
7	<input type="text"/>						
8	<input type="text"/>						

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

5.1 - Especificação da Equipe

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.1.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3 - CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB HOSP Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.1.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

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