



1 - DADOS OPERACIONAIS

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE - Continuação

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

6 - 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