



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

Descrição

3.2 - Nome de Referência da Equipe

3.3 - Data de Ativação

3.4 - Data de Desativação

3.5 - Tipo da Desativação

Descrição

3.6 - Motivo da Desativação

Descrição

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

AMB	HOSP	Outros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.7 - Data de Entrada

4.1.8 - Data de Desligamento

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.7 - Data de Entrada

4.1.8 - Data de Desligamento

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.7 - Data de Entrada

4.1.8 - Data de Desligamento

4.1.1 - Nome do Profissional

4.1.2 - CPF

4.1.3 - CBO

4.1.4 - CNS

4.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM NÃO

4.1.7 - Data de Entrada

4.1.8 - 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