

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF)****Ficha nº 30****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 - Área

Cód.

Descrição

--	--	--	--

--

3.4 - Segmento Territorial

Cód.

Descrição

--	--

--

3.5 - Tipo

01

☐ Urbano

02

☐ Rural**3.6 - População Assistida**

Cód.

Descrição

--	--

--

3.7 - Data de Ativação

--	--	--	--	--	--	--	--

3.8 - Data de Desativação

--	--	--	--	--	--	--	--

3.9 - Tipo da Desativação

Cód.

Descrição

--	--

--

3.10 - Motivo da Desativação

Cód.

Descrição

--	--

--

4 - MUNICÍPIOS ATENDIDOS**1****4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

2**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

3**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

4**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

5**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

6**4.1 - Cód. IBGE do Município**

--	--	--	--	--	--	--	--

4.2 - Nome do Município

--

4.3 - UF

--	--

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