



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

☐ Urbano☐ 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.

-0

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

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

NÃO

4.1.10 - Carga Horária Diferenciada

Cód

Descrição

CNES

4.1.7 - Microárea

Cód.

Descrição

4.1.8 - Residência

Carga horária semanal

4.1.9 - CH em outra equipe

CNES

Código da equipe

4.1.11 - Atendimento Complementar

1

CNES

2

CNES

3

CNES

4.1.12 - Data de Entrada

4.1.13 - 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

4.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM

NÃO

4.1.10 - Carga Horária Diferenciada

Cód

Descrição

CNES

4.1.7 - Microárea

Cód.

Descrição

4.1.8 - Residência

Carga horária semanal

4.1.9 - CH em outra equipe

CNES

Código da equipe

4.1.11 - Atendimento Complementar

1

CNES

2

CNES

3

CNES

4.1.12 - Data de Entrada

4.1.13 - 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