



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

3.2 - Identificador Nacional de Equipe (INE)

3.3 - Nome de Referência da Equipe

3.4 - Data de Ativação

3.5 - Data de Desativação

3.6 - Tipo da Desativação

Cód.	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.7 - Motivo da Desativação

Cód.	Descrição
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

4.1 - Especificação da Equipe

4.1.1 - Nome do Profissional		4.1.2 - CPF		4.1.8 Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Descrição da Ocupação		4.1.6 - Data de Entrada		
4.1.3 - CBO	4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.7 - Data de Desligamento	

4.1.1 - Nome do Profissional		4.1.2 - CPF		4.1.8 Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Descrição da Ocupação		4.1.6 - Data de Entrada		
4.1.3 - CBO	4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.7 - Data de Desligamento	

4.1.1 - Nome do Profissional		4.1.2 - CPF		4.1.8 Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Descrição da Ocupação		4.1.6 - Data de Entrada		
4.1.3 - CBO	4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.7 - Data de Desligamento	

4.1.1 - Nome do Profissional		4.1.2 - CPF		4.1.8 Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Descrição da Ocupação		4.1.6 - Data de Entrada		
4.1.3 - CBO	4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.7 - Data de Desligamento	

4.1.1 - Nome do Profissional		4.1.2 - CPF		4.1.8 Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Descrição da Ocupação		4.1.6 - Data de Entrada		
4.1.3 - CBO	4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.7 - Data de Desligamento	

4.1.1 - Nome do Profissional		4.1.2 - CPF		4.1.8 Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Descrição da Ocupação		4.1.6 - Data de Entrada		
4.1.3 - CBO	4.1.4 - CNS	4.1.5 - Carga horária semanal AMB HOSP Outros	4.1.7 - 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	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS	Data