

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes**

Ficha nº 24

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 - Tipo01 ☐ Urbano02 ☐ 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 - 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

1

2

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

1

2

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