SUS

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Cadastro de Equipes NASF (continuação)

Ficha n° 27

1 - DADOS OPERACIONAIS → *INCLUSÃO* ☐ *ALTERAÇÃO* ☐ *EXCLUSÃO* ☐

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE - Continuação

5.1 - Especificação da Equipe

5.1.1-Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3- CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ *NÃO* ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 – Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1-Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3- CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ *NÃO* ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 – Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1-Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3- CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ *NÃO* ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 – Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

5.1.1-Nome do Profissional

5.1.2 - CPF

5.1.3- CBO

5.1.4 - CNS

5.1.5 - Carga horária semanal

AMB	HOSP	Outros

5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima?

SIM ☐ *NÃO* ☐

5.1.7 - Data de Entrada

5.1.8 - Data de Desligamento

5.9 – Profissional Carga Horária Complementar

CPF

CBO

6 - 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