

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes: Saúde Indígena****Ficha nº 28****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 - Data de Ativação****3.4 - Data de Desativação****3.5 - Tipo da Desativação**

Cód.

Descrição

3.6 - Motivo da Desativação

Cód.

o

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

☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - 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

☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - 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

☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - 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

☐**4.1.7 - Data de Entrada****4.1.8 - 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