

**FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE****Cadastro de Equipes: Saúde Indígena****Ficha nº 29****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 - 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

**3.7 - 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

☐**4.1.7 - 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