

FICHA COMPLEMENTAR DE CADASTRO DAS EQUIPES DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (ENASF)

	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <i>Cadastro de Equipes: Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF</i>	Ficha nº 27
--	---	--------------------

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 - Nome de Referência da Equipe

3.3 - Data de Ativação 3.4 - Data de Desativação

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

3.5 - Tipo da Desativação 3.6 - Motivo da Desativação

4 - VINCULAÇÃO NASF

4.1 - Vinculação NASF ao ESF

1	4.1.1 Cód. IBGE	4.1.2 Cód CNES	4.1.3 Cód. Área	Descrição Área	4.1.4 Cód. Segmento	Descrição Segm.	4.1.5 Tipo de Equipe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.2 - Vinculação NASF a Academia da Saúde

4.2.1 - CNES <input type="text"/>	4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>
4.2.1 - CNES <input type="text"/>	4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>
4.2.1 - CNES <input type="text"/>	4.2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input type="text"/>

RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) <input type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>	Data <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>	Data <input type="text"/>

	FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <i>Cadastro de Equipes NASF (continuação)</i>	Ficha nº 28
--	---	--------------------

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

5.1.1 - Nome do Profissional <input type="text"/>	5.1.2 - CPF <input type="text"/>	5.1.3 - CBO <input type="text"/>
5.1.4 - CNS <input type="text"/>	5.1.5 - Carga horária semanal AMB <input type="checkbox"/> HESF <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
		5.1.7 - Data de Entrada <input type="text"/>
		5.1.8 - Data de Desligamento <input type="text"/>

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF <input type="text"/>	CBO <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.1 - Nome do Profissional <input type="text"/>	5.1.2 - CPF <input type="text"/>	5.1.3 - CBO <input type="text"/>
5.1.4 - CNS <input type="text"/>	5.1.5 - Carga horária semanal AMB <input type="checkbox"/> HESF <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
		5.1.7 - Data de Entrada <input type="text"/>
		5.1.8 - Data de Desligamento <input type="text"/>

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF <input type="text"/>	CBO <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------

5.1.1 - Nome do Profissional

5.1.1 - Nome do Profissional <input type="text"/>	5.1.2 - CPF <input type="text"/>	5.1.3 - CBO <input type="text"/>
5.1.4 - CNS <input type="text"/>	5.1.5 - Carga horária semanal AMB <input type="checkbox"/> HESF <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>	5.1.6 - Pertence a Equipe Mínima? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
		5.1.7 - Data de Entrada <input type="text"/>
		5.1.8 - Data de Desligamento <input type="text"/>

5.9 - Profissional Carga Horária Complementar

CPF <input type="text"/>	CBO <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------

6 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) <input type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input type="text"/>	Data <input type="text"/>
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input type="text"/>	Data <input type="text"/>