



**Dados Operacionais**

Inclusão

Alteração

Exclusão

CNES

Nome Estabelecimento

**MÓDULO EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS - e-MULTI - Continuação**

**Especificação da Equipe**

Nome do Profissional			CPF	CBO	
Carga Horária Semanal			Equipe Mínima?	Data de Entrada na Equipe	Data de Desligamento da Equipe
Amb	Hosp	Outr			
			Preceptor?		
Professional CH Complementar					
CPF			CBO		

Nome do Profissional			CPF	CBO	
Carga Horária Semanal			Equipe Mínima?	Data de Entrada na Equipe	Data de Desligamento da Equipe
Amb	Hosp	Outr			
			Preceptor?		
Professional CH Complementar					
CPF			CBO		

Nome do Profissional			CPF	CBO	
Carga Horária Semanal			Equipe Mínima?	Data de Entrada na Equipe	Data de Desligamento da Equipe
Amb	Hosp	Outr			
			Preceptor?		
Professional CH Complementar					
CPF			CBO		

Nome do Profissional			CPF	CBO	
Carga Horária Semanal			Equipe Mínima?	Data de Entrada na Equipe	Data de Desligamento da Equipe
Amb	Hosp	Outr			
			Preceptor?		
Professional CH Complementar					
CPF			CBO		

<p><b>Data, Assinatura e Carimbo do Cadastrador</b></p>	<p><b>Data, Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Estabelecimento</b></p>	<p><b>Data, Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS</b></p>
---	--	---