

CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO:

FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*
CBO*
CNES*
INE*
DATA*

_____-____

/ /

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA
CEP*:
MUNICÍPIO*:
UF*:
BAIRRO*:
TIPO DE LOGRADOURO*:
NOME DO LOGRADOURO*:
NÚMERO*:
 SEM NÚMERO

COMPLEMENTO:
PTO. REFERÊNCIA:
MICROÁREA*
 FA

TIPO DE IMÓVEL*

TELEFONES PARA CONTATO

TEL. RESIDÊNCIA: ()

TEL. CONTATO: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*
 Próprio Financiado Alugado Arrendado Cedido Ocupação Situação de Rua Outra

LOCALIZAÇÃO*
 Urbana Rural

TIPO DE DOMICÍLIO
 Casa Apartamento Cômodo Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
 Proprietário Parceiro(a)/Meeiro(a) Assentado(a) Posseiro Arrendatário(a)
 Comodatário(a) Beneficiário(a) do Banco da Terra Não se aplica

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO
 Pavimento Chão Batido Fluvial Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:	Taipa:	Outros:
<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Com Revestimento	<input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha
<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material

 Disponibilidade de Energia Elétrica? Sim Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA
 Rede Encanada até o Domicílio Poço/Nascente no Domicílio Cisterna
 Carro Pipa Outro

ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
 Filtrada Fervida Clorada Mineral
 Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO
 Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial Fossa Séptica Fossa Rudimentar
 Direto para um Rio, Lago ou Mar Céu Aberto Outra Forma

DESTINO DO LIXO
 Coletado Queimado/Enterrado Céu Aberto Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
 Sim Não

QUAL(IS)?
 Gato Cachorro Pássaro Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	_____	_____/____/____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

 Assinatura

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME:

CNS DO RESPONSÁVEL:

CARGO NA INSTITUIÇÃO:

TEL. CONTATO:

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura**Legenda:** Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.**FA:** Fora de Área**Tipo de Imóvel:** 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros***Campo obrigatório******Campo com obrigatoriedade condicional**