

# 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

<input type="radio"/> Proprietário	<input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a)	<input type="radio"/> Assentado(a)	<input type="radio"/> Posseiro	<input type="radio"/> Arrendatário(a)
<input type="radio"/> Comodatário(a)	<input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra	<input type="radio"/> 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"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Sem Revestimento	<input type="radio"/> Palha
		<input type="radio"/> Material Aproveitado
		<input type="radio"/> Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica?  Sim  Não

## ABASTECIMENTO DE ÁGUA

<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio	<input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio	<input type="radio"/> Cisterna
<input type="radio"/> Carro Pipa	<input type="radio"/> Outro	

## ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO

<input type="radio"/> Filtrada	<input type="radio"/> Fervida	<input type="radio"/> Clorada	<input type="radio"/> Mineral
<input type="radio"/> Sem Tratamento			

## FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial	<input type="radio"/> Fossa Séptica	<input type="radio"/> Fossa Rudimentar
<input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar	<input type="radio"/> Céu Aberto	<input type="radio"/> Outra Forma

## DESTINO DO LIXO

<input type="radio"/> Coletado	<input type="radio"/> Queimado/ Enterrado	<input type="radio"/> Céu Aberto	<input type="radio"/> Outro
--------------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------

## ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

 Sim  Não

## QUAL(S)?

 Gato  Cachorro  Pássaro  Outros

Quantos: \_\_\_\_\_

## FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO  
FAMILIARCNS OU CPF DO RESPONSÁVEL\*\*  
CNS \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_DATA DE NASCIMENTO  
DO RESPONSÁVELRENDIMENTO FAMILIAR  
(SAL. MÍNIMO)NÚMERO DE MEMBROS  
DA FAMÍLIARESIDE DESDE  
[MÊS] [ANO]

MUDOU-SE

		/ /	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	_____	_____	<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**