

# 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:

 Com Revestimento

 Com Revestimento

 Madeira Aparelhada  Palha

 Sem Revestimento

 Sem Revestimento

 Material Aproveitado  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 OU CPF DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____ CNS _____ CPF	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____ CNS _____ CPF	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____ CNS _____ CPF	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	____	____	<input type="checkbox"/>
	_____ CNS _____ CPF	/ /	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**