

MODELO – ÍTEM 17

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INE)*

MICROÁREA

DATA:*

/ /

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:

NOME DO LOGRADOURO:*

Nº:*

COMPLEMENTO:

BAIRRO:*

MUNICÍPIO:*

UF:*

CEP:*

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

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: Com Revestimento Sem Revestimento
Taipa: Com Revestimento Sem Revestimento
Outros: Madeira Aparelhada Palha 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

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

Filtração Fervura Cloração 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 De Criação (porco, galinha...) Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	/ /	¼½1234+	_____	_____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

Legenda: Opção de Múltipla Escolha Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório