e-SUS
Atenção Básica

CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR: | DATA: / /

CONFERIDO: | FOLHA:

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

Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____

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

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

◯ Pavimento ◯ Chão Batido ◯ Fluvial ◯ Outro

Disponibilidade de Energia Elétrica? ◯ Sim ◯ Não

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

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
	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐
	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐
	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐
	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	/ /	¼ ½ 1 2 3 4 +	|___|___|	|___|_____|	☐

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**