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**