

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		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*
TIPO DE LOGRADOURO:				
COMPLEMENTO:		BAIRRO:*		
MUNICÍPIO:*		UF:*	CEP:*	

TELEFONES PARA CONTATO	TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()
TELEFONE RESIDENCIAL: ()	

CONDIÇÕES DE MORADIA	LOCALIZAÇÃO*
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*	
☐ Próprio ☐ Financiado ☐ Alugado ☐ Arrendado ☐ Cedido ☐ Ocupação ☐ Situação de Rua ☐ Outra	☐ Urbana ☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Cômodo ☐ Outro	☐ Proprietário ☐ Parceiro(a) ☐ Meiro(a) ☐ Assentado(a) ☐ Posseiro ☐ Arrendatário(a)
Nº de Moradores: Nº de Cômodos:	☐ Comodatário(a) ☐ Beneficiário do Banco da Terra ☐ Não se aplica

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
☐ Pavimento ☐ Chão Batido ☐ Fluvial ☐ Outro	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	TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO
☐ Rede Encanada até o Domicílio ☐ Poço / Nascente no Domicílio ☐ Cisterna ☐ Carro Pipa ☐ Outro	☐ Filtração ☐ Fervura ☐ Cloração ☐ Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial ☐ Fossa Séptica ☐ Fossa Rudimentar ☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar ☐ Céu Aberto ☐ Outra Forma	☐ Coletado ☐ Queimado/Enterrado ☐ Céu Aberto ☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?	QUAL(ES)?	Quantos: _____
☐ Sim ☐ Não	☐ Gato ☐ Cachorro ☐ Pássaro ☐ De Criação (porco, galinha...) ☐ Outros	

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
		/ /	④②①②③④+			☐
		/ /	④②①②③④+			☐
		/ /	④②①②③④+			☐
		/ /	④②①②③④+			☐

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