MODELO 7

VISITA DOMICILIAR
Data da visita : _____**/**_____**/**_____ **Modalidade:** _____ **Objetivo:** _____ **Profissionais que realizaram:** _____ **IDENTIFICAÇÃO**: Nome: _____ Data de Nasc: _____/_____/_____ Idade:_____ Responsável: _____

MODELO 7

ENDEREÇO

Endereço:_____

Ponto de ref: _____Distrito _____

Telefones: (11)_____

Imóvel localizado: ( )rua sem saída ( )fácil acesso ( )difícil acesso

Criança e/ou Adolescente reside: ( ) Situação de rua ( ) com os pais ( ) com avós ( ) família extensa ( ) SAICA ( ) outros _____

Trajeto até o serviço: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA

A família reside em:

( )casa ( )apartamento ( )pensão ( )cortiço ( )provisório ( )ocupação ( )outros _____

Tipo de Construção:

( )alvenaria ( )madeira ( )lona ( )materiais reaproveitados ( ) outros _____

O imóvel é:

( ) próprio ( ) cedido ( ) ocupado( ) alugado ( ) institucional _____

Estrutura do imóvel:

N° de cômodos _____ Banheiro interno ( )sim ( )não . Banheiro externo ( )sim ( )não.

É compartilhado ? ( )sim ( )não

Há quintal: ( )sim ( )não . Residem mais famílias no mesmo terreno: ( )sim ( )não

SERVIÇOS ESSENCIAIS

Água	**Luz**	**Esgoto**	**Coleta de resíduos**
( ) Sabesp	( ) Enel	( ) Saneamento básico	( ) Prefeitura
( ) Carro pipa	( ) Não regularizada	( ) Céu aberto	( ) Lixeira Comunitária
( ) Poço	( ) Sem fornecimento	( ) Outros	( ) Céu aberto
( ) Sem fornecimento			( ) outros
( ) Não regularizada			

MODELO 7

INFRAESTRUTURA DO TERRITÓRIO

( ) Acesso ao transporte público: Quais:_____

( ) Comércios próximos. Quais:_____

( ) Serviços públicos: ( ) saúde ( ) educação ( ) cultura ( ) lazer

Área de risco: ( ) Desabamento ( )Inundações ( )outros _____

( )Pavimentação ( )Cascalho ( )Terra ( )Paralelepipedo ( )Calçada para pedestre

( )Iluminação pública

Mobilização comunitária ( )sim ( )não. Quais:_____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	**Idade**	**Vínculo**	**Trabalho**	**Região/Horário**

SITUAÇÃO ESCOLAR

Matriculado:( ) Sim ( ) Não. Motivo:_____

Nome da Escola: _____Ano: _____

Período: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Integral ( ) Noturno. Horário: _____

Contraturno escolar ou outras atividades ( ) Sim ( ) Não.

Quais:_____

MODELO 7

SITUAÇÃO DE SAÚDE

UBS de referência: _____

Apresenta situação de saúde dentro do núcleo familiar: ( ) Sim ( ) Não

Qual? _____

Família vinculada a outros serviços da rede de saúde: ( ) Sim ( ) Não

Qual? _____

OBSERVAÇÕES E PERCEPÇÕES: