

**AVALIAÇÃO SOCIAL**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

NOME DO PACIENTE:

CNS:

RG:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

TELEFONE:

DATA DE NASCIMENTO:

UBS DE REFERÊNCIA:

PROFISSIONAL/PROFISSÃO:

OCUPAÇÃO ATUAL:

 EMPREGADO

VÍNCULO PREVIDENCIÁRIO:

TEMPO DE TRABALHO:

LOCAL DE TRABALHO:

 SIM NÃO DESEMPREGADO

QUANTO TEMPO NÃO CONTRIBUI PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL?:

QUANTO TEMPO?:

 APOSENTADO

QUANTO TEMPO?:

COMPOSIÇÃO FAMILIAR / QUANTAS PESSOAS MORAM SOB O MESMO TETO?

RENDA FAMILIAR AO MÊS (R\$):

RENDA PER CAPITA AO MÊS (R\$):

RELAÇÃO FAMILIAR / CUIDADOR:

GRAU DE PARENTESCO:

TELEFONE:

SITUAÇÃO HABITACIONAL:

 CASA ALVENARIA APARTAMENTO MADEIRA

Nº DE CÔMODOS:

INFRAESTRUTURA:

ÁGUA ENCANADA

 SIM NÃO

LUZ ELÉTRICA

 SIM NÃO

POÇO

 SIM NÃO

FOSSA

 SIM NÃO

PAVIMENTO

 SIM NÃO

INSTALAÇÃO SANITÁRIA:

 INTERNA EXTERNA INDIVIDUAL COLETIVA

DEJETOS:

 LIMPEZA PÚBLICA ATERRO ENTERRADO OUTROS

ÁGUA UTILIZADA PARA CONSUMO:

 FILTRADA FERVIDA CLORADA SEM TRATAMENTO

OBSERVAÇÕES GERAIS: