**CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA**

**Legenda:** \*=Campo de informação obrigatória | O = Campo de seleção única | **□** = Campo de múltipla seleção

| **PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR** | | | | | Família: | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA** | | | | | Município: | | | | | | | | |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** | | | | | Data: | | | | | | | | |
| 1. Nome completo do visitador\*: | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nome completo do logradouro\*: | | | | | | | | | 3. Número\*: | 4. CEP\*: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_| | | | |
| 5. Nome completo da comunidade\*: | | | | | | 6. Nome completo do bairro\*: | | | | | | | |
| Telefone Residencial : ( ) | | | | | | Celular: ( ) | | | | | | | |
| 7. Nome completo do entrevistado (não deve ser menor de idade)\*: | | | | | | 8. Função parental do entrevistado\*: | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA** | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Quem é o responsável pela manutenção econômica da família?\*  O Pai e mãe O Só o pai O Só a mãe O Outros/Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Total da renda familiar\*:  O 0 até ½ salário mínimo O Mais de ½ até 1 salário mínimo O Mais de 1 até 2 salários mínimos  O Mais de 2 até 3 salários mínimos O Mais de 3 salários mínimos O Não informado | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Algum membro da família é beneficiado por programas de transferência de renda?\*  O Sim O Não Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Algum membro da família possui plano de saúde privado?\* O Sim O Não  Nome do plano:  Número de pessoas cobertas pelo plano: | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Em caso de doença a família procura\*:  **□** Hospital **□** Unidade de Saúde **□** Benzedeira **□** Farmácia  **□** Outros/Especifique | | | | | | | | | | | | 14. CNES: | |
| 15. Meios de comunicação social que a família mais utiliza\*:  **□** Rádio **□** Televisão **□** Jornal  **□** Outros/Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| 16. A família participa de grupos comunitários?\*  O Sim O Não Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Meios de transporte que a família utiliza\*:  **□** Ônibus **□** Caminhão **□** Carro **□** Carroça **□** Bicicleta **□** Moto  **□** Outros/Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| **ASPECTOS A SEREM OBSERVADOS PELO VISITADOR**  (sem interrogar a família) | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Situação socioeconômica da família\*:  O Atende as necessidades básicas da família O Não atende as necessidades básicas da família  Justificativa\*: | | | | | | | | | | | | | |
| 19. Condições de higiene do ambiente\*: O Adequadas O Inadequadas  Justificativa\*: | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Ambiente afetivo das relações familiares\*:  O Amistoso O Frio O Tenso O Agressivo  Justificativa\*: | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Normas de convivência familiar\*:  O Respeitosas O Rígidas O Negligenciadas  Justificativa\*: | | | | | | | | | | | | | |
| **SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO** | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Tipo de casa\*: O Tijolo/Adobe O Madeira O Taipa revestida O Taipa não revestida  O Material aproveitado  O Outros/Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Número de cômodos da casa\*: | | | | | | | 24. Energia elétrica\*: O Sim O Não | | | | | | |
| 25. Abastecimento de água na casa\*: O Rede geral O Poço ou nascente O Outros/Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Tratamento da água realizado pela família\*: O Filtração O Cloração O Fervura O Sem tratamento | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Instalações sanitárias na casa\*: O Sim O Não | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Destino do lixo da família\*: O Coletado O Queimado O A céu aberto  O Outros/Especifique: | | | | | | | | | | | | | |
| **COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Nome completo do componente\* (sem abreviaturas) | | | | | | | | 2. NIS | | | 3. CNS | | |
| 4. Raça/Cor\* | 5. Função Parental\* | 6. Idade\* | | 7. Grau de instrução\* | | | | 8. Ocupação\* | | | 9. Renda | | 10. Data inicial da moradia\* |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
| Raça/cor: Br = Branco Pr = Preto Pa = Pardo Am = Amarelo In = Indígena | | | | | | | | | | | | | |
| **INATIVAÇÃO DA FAMÍLIA** | | | | | | | | | | | | | |
| Data: | | | Motivo: O Finalização dos atendimentos de crianças e gestantes  O Saída do Programa  Justificativa: | | | | | | | | | | |