

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA: _____

Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)?

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA**

NOME: _____

CNS DO RESPONSÁVEL: _____

CARGO NA INSTITUIÇÃO: _____

TEL. CONTATO: _____

TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.

Assinatura**Legenda:** Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)**Microárea:** usar 01 a 99 para o número da microárea.**FA:** Fora de Área**Tipo de Imóvel:** 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros***Campo obrigatório******Campo com obrigatoriedade condicional**