



## FORMULÁRIO NACIONAL PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE FAMÍLIAS E INDIVÍDUOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E CALAMIDADE PÚBLICA NO SUAS

### Bloco I - Identificação da Emergência (Múltipla escolha)

<input type="checkbox"/> 1. Seca (estiagem, falta de chuvas, seca)	<input type="checkbox"/> 2. Enxurradas	<input type="checkbox"/> 3. Inundações/Enchentes
<input type="checkbox"/> 4. Alagamentos	<input type="checkbox"/> 5. Tempestades (Granizo, Vendaval, Chuvas intensas, Temporal, Aguaceiros)	<input type="checkbox"/> 6. Incêndios Urbanos (em aglomerados residenciais, parques, depósitos, indústrias)
<input type="checkbox"/> 7. Colapsode edificações (desabamentos, queda de edifício civil, pontes, prédios, viadutos) <b>barragens</b>		
<input type="checkbox"/> 10. Erosão (demargem fluvial, costeira/marinha, continental)	<input type="checkbox"/> 11. Epidemias (doenças infecciosas – virais, bacterianas, parasíticas, fúngicas)	<input type="checkbox"/> 9. Deslizamentos (quedas, tombamentos e rolamentos de encostas, pedras, barreiras)
<input type="checkbox"/> 12. Retirada preventiva de famílias ou indivíduos de suas moradias em função de eventos dos quais decorram danos humanos e materiais.		
<input type="checkbox"/> 13. Outros. Qual/ Quais? _____		

14. NOME DA SITUAÇÃO vinculada ao estado DE EMERGÊNCIA ou CALAMIDADE PÚBLICA: \_\_\_\_\_

15. Município em que está sendo aplicado este Formulário: \_\_\_\_\_ 16. UF: \_\_\_\_\_

### Bloco II – Identificação do Responsável pela Informação (respondente)

1 Nome Completo: \_\_\_\_\_

2 Apelido (caso seja relevante) ou Nome Social: \_\_\_\_\_

3 Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 4 CPF: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ - \_\_\_\_ 6 NIS: \_\_\_\_\_

8 Nacionalidade: \_\_\_\_\_ 7 Raça/Cor: | 1. Branca; 2. Preta; 3. Parda; 4. Amarela; 5. Indígena; 6. Não

11 Endereço (Rua/Avenida): \_\_\_\_\_ 12 nº: \_\_\_\_\_

13 Bairro: \_\_\_\_\_ 14 Complemento: \_\_\_\_\_

15 UF: \_\_\_\_\_ 16 Município: \_\_\_\_\_

17 E-mail: \_\_\_\_\_ 18 Telefone para contato: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

20.0(a) responsável pela informação é Referência Familiar\*? ( ) Sim ( ) Não

\*Para este questionário, referência familiar é apenas a pessoa de referência para os membros da família, quem responde pela família. Só é possível ter uma referência familiar para cada família.

#### Atenção!

Inicie o Bloco seguinte – Bloco III – Identificação da Composição Familiar - pela Referência Familiar.

### Bloco III - Identificação da Composição Familiar

Número do Formulário:

1.1.1.1.1.1

\* Considere como integrante(s) da família toda(s) a(s) pessoa(s) que reside(m) em um mesmo lar.

\*\* Informe a composição familiar antes da situação de emergência, incluindo pessoas mortas ou desaparecidas durante o ocorrido.

\*\*\* Caso a família tenha mais de 5 pessoas, utilize uma nova cópia deste bloco (Bloco III – Identificação da Composição Familiar).

\*\*\*\* Caso a mãe de um dos indivíduos seja alguém já listado, informe apenas o Número da pessoa na variável “7. NOME COMPLETO DA MÃE”.

1. Nº da Pessoa	2. NOME COMPLETO	3. PARENTESCO	4. DATA DE NASCIMENTO	5. SEXO	8. CPF (11 números)	9. NIS (11 números)	10. NATURALIDADE	16. TELEFONE (Caso não possua, informe "0")
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				
		_ _	_ _ _	_				

- **3. Parentesco em relação a referência familiar:** **1.** Referência Familiar; **2.** Cônjugue ou companheiro(a); **3.** Filho(a); **4.** Enteado(a); **5.** Neto(a) ou Bisneto(a); **6.** Pai ou mãe; **7.** Sogro ou sogra; **8.** Irmão ou irmã; **9.** Genro ou nora; **10.** Outro parente; **11.** Não parente.

- **5. Sexo:** **F** Feminino, **M** Masculino

17. ( ) É o mesmo endereço do Responsável pela Informação (caso sim, não precisa preencher os campos de endereço a seguir)

18. Endereço (Rua/Avenida): \_\_\_\_\_ 19.nº: \_\_\_\_\_

20. Bairro: \_\_\_\_\_ 21. Complemento: \_\_\_\_\_

22 . UF: \_\_\_\_\_ 23.Município: \_\_\_\_\_ 24.Teléfono de contacto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

25. E-mail: \_\_\_\_\_

26. A família se reconhece pertencente a Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos (\*GPTE)?

( ) Não ( ) Sim. Qual número? |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| (*ver códigos abaixo. Permite múltipla marcação*)

\* Grupos Populacionais Tradicionais e Específicos: **2.** Família Cigana; **3.** Família Extrativista; **4.** Família de Pescadores Artesanais; **5.** Famílias Pertencente à Comunidade de Terreiro; **6.** Família Ribeirinha; **7.** Família de Agricultores Familiares; **8.** Família Assentada da Reforma Agrária; **9.** Família beneficiária do Programa Nacional do Crédito Fundiário; **10.** Família Acampada; **11.** Família Atingida por Empreendimentos de Infraestrutura; **12.** Família de Preso do Sistema Carcerário; **13.** Família de Catadores de Material Reciclável; **14.** Família Indígena; **15.** Família Quilombola; **16.** Resgatadas do trabalho análogo ao de escravo; **17.** Pessoas em Situação de Rua

## Bloco IV – Caracterização da Família

### 1. A família recebe algum Benefício

( ) Não ( ) Sim, Bolsa Família ( ) Sim, Benefício de Prestação Continuada- BPC/LOAS

( ) Sim, Benefício Eventual. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Sim, Outro. Qual: \_\_\_\_\_

*Em caso de resposta "Sim" nas perguntas a seguir, indique o número da pessoa, conforme primeira coluna no "Bloco II – Identificação da Composição Familiar"*

### 3. Algum componente familiar toma remédio de uso controlado ou contínuo?

( ) Não ( ) Sim. Quem? Nº da Pessoa: |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_|

### 4. Algum componente familiar necessita de cuidados constantes de outra pessoa, é pessoa com deficiência ou possui mobilidade reduzida?

( ) Não ( ) Sim. Quem? Nº da Pessoa: |\_|\_| Quais cuidados: \_\_\_\_\_  
Quem? Nº da Pessoa: |\_|\_| Quais cuidados: \_\_\_\_\_

### 5. Alguma mulher da família é gestante ou nutriz?

( ) Não ( ) Sim. Quem? Nº da Pessoa: |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_|

*- Caso seja necessário acrescentar informações, utilize o espaço do "Bloco VII – Informações Adicionais para coletar as demais informações, informando o número de ordem da pessoa".*

## Bloco V – Agravos Decorrentes da Situação de Emergência

*Em caso de resposta "Sim" nas perguntas a seguir, indique o número da pessoa, conforme registro no "Bloco II – Identificação da Composição Familiar"*

a. Em decorrência da Situação de Emergência, houve óbito na família? ( ) Não ( ) Sim

Quem? Nº da(s) Pessoa(s): |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_|

b. Em decorrência da Situação de Emergência, há pessoas da família desaparecidas? ( ) Não se aplica. ( ) Não ( ) Sim.

Quem? Nº da(s) Pessoa(s): |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_| ; |\_|\_|

c. Descreva outros agravos decorrentes da Situação de Emergência, se for necessário:

\_\_\_\_\_

## Bloco VI – Situação de moradia e abastecimento

### 1. A moradia foi atingida durante a Situação de Emergência?

Não  
 Sim, está completamente inabitável  
 Sim, está parcialmente inabitável  
 Sim, está habitável, mas precisa de reparos  
 Sim, está habitável e não precisa de reparos

### 3. A situação da família, NA Situação de Emergência é:

Desalojada (está na rua)  
 Em Abrigo Institucional. Qual? \_\_\_\_\_  
 Em Hotel/Pousada. Qual? \_\_\_\_\_  
 Em casa de parente/amigo. Qual o nome do amigo? \_\_\_\_\_  
 Pagamento de aluguel pelo poder público  
 No mesmo local de ANTES da situação de emergência

## Bloco VII – Necessidades Imediatas

<input type="checkbox"/> 1. Roupas	<input type="checkbox"/> 2. Alimentos	<input type="checkbox"/> 3. Moradia/Estadia
<input type="checkbox"/> 4. Medicamentos	<input type="checkbox"/> 5. Fraldas (Infantis/Geriátricas)	<input type="checkbox"/> 6. Água
<input type="checkbox"/> 7. Material de higiene pessoal	<input type="checkbox"/> 8. Transporte / Locomoção	<input type="checkbox"/> 9. Documentos
<input type="checkbox"/> 10. Atendimento psicossocial	<input type="checkbox"/> 11. Consulta médica	<input type="checkbox"/> 12. Auxílio na comunicação (Acesso a Telefone/e-mail/rádio)
<input type="checkbox"/> 13. Outras.		

14 Descreva as especificadas das Necessidades Imediatas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Bloco VIII – Informações Adicionais (Obs.: Caso a família técnico(s) queira(m) complementar alguma informação)

## Bloco IX – Identificação dos Responsáveis pelo Preenchimento do Formulário

Nome Completo do Técnico Responsável: \_\_\_\_\_

Órgão/Instituição: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Data do Registro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_