

<b>A</b>				<b>1- Localização da Unidade Domiciliar</b>				Data da Atividade ____/____/____					
								Atividade					
Cód. do Município		Nome do Município						<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa		<input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific.			
Cód. Localidade		Nome da Localidade						<input type="checkbox"/> 2-Borrifação					
Nº da Casa		Compl.		Pendência de Pesquisa				Pendência da Borrifação					
				<input type="checkbox"/> 1- Recusa		<input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		<input type="checkbox"/> 1- Recusa		<input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada			
Nome do Morador						Nº de Habit.		Nº de Anexos					
<b>2- Dados da Pesquisa e Borrifação</b>													
<b>Tipo de Parede</b>													
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros													
<b>Tipo de Teto</b>						<b>Situação das Casas</b>							
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros						<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida							
<b>Intradomicílio</b>						<b>Peridomicílio</b>							
Captura		Vestígios		Local de Captura		Utilizando		Captura		Vestígios		Local de Captura	
<input type="checkbox"/> Triatomíneo		<input type="checkbox"/> Ovos		<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Triatomíneo		<input type="checkbox"/> Ovos		<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros		Bio-Sensor		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros	
Tipo de Desalojante				Nº de Cargas		Tipo de Inseticida				Nº de Cargas			
Nº do PIT		Nº Notif. P/PIT		Matric. Ag. Saúde		Assinatura do Agente de Saúde							
Data do Visto		Visto do Chefe da Equipe						ETIQUETA					

<b>B</b>				<b>1- Localização da Unidade Domiciliar</b>				Data da Atividade ____/____/____					
								Atividade					
Cód. do Município		Nome do Município						<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa		<input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific.			
Cód. Localidade		Nome da Localidade						<input type="checkbox"/> 2-Borrifação					
Nº da Casa		Compl.		Pendência de Pesquisa				Pendência da Borrifação					
				<input type="checkbox"/> 1- Recusa		<input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		<input type="checkbox"/> 1- Recusa		<input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada			
Nome do Morador						Nº de Habit.		Nº de Anexos					
<b>2- Dados da Pesquisa e Borrifação</b>													
<b>Tipo de Parede</b>													
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros													
<b>Tipo de Teto</b>						<b>Situação das Casas</b>							
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros						<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida							
<b>Intradomicílio</b>						<b>Peridomicílio</b>							
Captura		Vestígios		Local de Captura		Utilizando		Captura		Vestígios		Local de Captura	
<input type="checkbox"/> Triatomíneo		<input type="checkbox"/> Ovos		<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Triatomíneo		<input type="checkbox"/> Ovos		<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol	
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros		Bio-Sensor		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros	
Tipo de Desalojante				Nº de Cargas		Tipo de Inseticida				Nº de Cargas			
Nº do PIT		Nº Notif. P/PIT		Matric. Ag. Saúde		Assinatura do Agente de Saúde							
Data do Visto		Visto do Chefe da Equipe						ETIQUETA					