

# MDS

Formulário Complementar  
Temporário

## FORMULÁRIO COMPLEMENTAR TEMPORÁRIO

Substitui o item 1.08 do Formulário de Cadastramento

**Confira as orientações no verso**

### 1 - IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.01 - Código Familiar:

04174752761

1.10 - Data da Entrevista:

05 / 06 / 2026

Dia

Mês

Ano

1.08 – Forma de coleta de dados

1 - Fora do domicílio

2 - Em domicílio

3 - Impossibilidade em domicílio

Caso tenha marcado essa última opção, registre ao lado o código que identifica o critério utilizado.

Critérios: 1. Área de violência;  
2. Calamidade/emergência/desastre;  
3. Área de difícil acesso;  
4. Pessoa em programa de proteção ou medida protetiva.

Ana Lucreia S. de Oliveira

Assinatura do entrevistador

AROGO. LUIZ MARTINS TAVARES

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Lembre-se que o entrevistador e o Responsável pela Unidade Familiar devem assinar todos os formulários do Cadastro Único que forem preenchidos, inclusive este.