

CNS DO PROFISSIONAL*
CBO*
CNES*
INE*
DATA*
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

CNS _____
 CPF _____

 Sim Não

CNS _____
 CPF _____

 FA

NOME COMPLETO:*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:* / /

SEXO:* (F) (M)

RAÇA/COR:* Branca Preta Parda Amarela Indígena

Etnia:**
Nº NIS (PIS/PASEP)
NOME COMPLETO DA MÃE:*
 Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:*
 Desconhecido

NACIONALIDADE:* Brasileira Naturalizado Estrangeiro

PAÍS DE NASCIMENTO:**
DATA DE NATURALIZAÇÃO:** / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /

TELEFONE CELULAR: ()

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

- Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Entead(a) Neto(a)/Bisneto(a)
 Pai/Mãe Sogro(a) Irmão/Irmã Genro/Nora Outro parente Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* Sim Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

- Creche Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)
 Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)
 Classe de Alfabetização - CA Ensino Médio Especial
 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Médio EJA (Supletivo)
 Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
 Ensino Fundamental Completo Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)
 Ensino Fundamental Especial Nenhum
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- Empregador
 Assalariado com carteira de trabalho
 Assalariado sem carteira de trabalho
 Autônomo com previdência social
 Autônomo sem previdência social
 Aposentado/Pensionista
 Desempregado
 Não trabalha
 Servidor público/militar
 Outro

 CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Creche Outro

 FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não

 PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não

 POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? Sim Não

 É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Heterossexual Bissexual Outra
 Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

 Sim Não

SE SIM, QUAL?

- Homem transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA:*
 Sim Não

SE SIM, QUAL(IS)?

- Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

 Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:** / /

Número da D.O.: _____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

ESTÁ FUMANTE? Sim Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? Sim Não

TEM DIABETES? Sim Não

TEVE AVC/DERRAME? Sim Não

TEVE INFARTO? Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Renal Outro Não Sabe

ESTÁ COM HANSENIASE? Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? Sim Não

TEM OU TEVE CÂNCER? Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? Sim Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? Sim Não

ESTÁ ACAMADO? Sim Não

ESTÁ DOMICILIADO? Sim Não

USA PLANTAS MEDICINAIS? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? Sim Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*

Sim Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? Sim Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular Doação Restaurante Outras
 Doação Grupo Religioso Doação de Popular

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? Sim Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal Outras

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

***Campo obrigatório**

****Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior**