

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*

CBO*

CNES*

INE*

DATA*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA*

☐ Sim ☐ Não

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

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

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

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 HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO 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

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

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):

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