e-SUS	CAD	ACTRO INDIVIDUAL	С	DIGITADO POR:	DATA: / /		
Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL			CONFERIDO POR	FOLHA Nº:		
N° DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		Cód. CNES UNIDADE* Cód. EQUIPE (INE)*		MICROÁREA	DATA:*		
			_  _	_	/ /		
- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO /	CIDADÃO ————	,					
N° DO CARTÃO SUS		RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO:					
		Sim   Não	_		/ /		
NOME COMPLETO:*							
NOME SOCIAL:							
SEXO:* Masculino Feminino	o RAÇA / COR:* Brand	ca Preta Parda Amarela Indígena Nº NIS	(PIS/PAS	SEP):   _ _ _			
NOME COMPLETO DA MÃE:*	esconhecido		_  .				
NACIONALIDADE:* Brasileira	Naturalizado Estrange	eiro PAÍS DE NASCIMENTO:	ΓELEFON	LEFONE CELULAR: ( )			
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENT	0:**	1	E-MAIL:	IL:			
RELAÇÃO DE PARENTESCO C Cônjuge /Companheiro(a) Irmão / Irmã Genro / No	OM O RESPONSÁVEL FA		a)	OCUPAÇÃO ———			
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE	<b>≣?*</b> ○ Sim ○ Não				DO DE TRADALLIO		
QUAL É O CURSO MAIS ELEVA	ADO QUE FREQUENTA O	J FREQUENTOU?	$\neg \cap$	SITUAÇÃO NO MERCA  Empregador	DO DE TRABALHO		
Creche	(	Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a	9 <sup>a</sup> )	Assalariado com ca	rteira de trabalho		
Pré-escola (exceto CA)  Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e			) [ ]	Assalariado sem ca			
Classe Alfabetizada - CA	(	Ensino Médio Especial		Autônomo com prev	vidência social		
Ensino Fundamental 1ª a 4ª s	o Fundamental 1ª a 4ª séries Ensino Médio EJA (Supletivo)				vidência social		

Classe Alfabetizada - CA	Ensino Médio Especial		Autônomo com previdência social				
Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	Ensino Médio EJA (Supletivo)		Autônomo sem previdência social				
Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries  Ensino Fundamental Completo  Ensino Fundamental Especial  Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	Superior, Aperfeiçoam Doutorado Alfabetização para Adu Nenhum	ento, Especialização, Mestrado, ultos (Mobral, etc)	Aposentado/Pensionista Desempregado Não trabalha Outro				
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? Adulto Responsável Outra(s) Criança(s) Adolescente Sozinha Ocreche Outro							
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? Sim Não POSSUI PLANO DESAÚDE PRIVADO?							
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? Sim Não SE SIM, QUAL?							
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?  TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*							
◯ Sim ◯ Não		Sim Não					
SE SIM, QUAL?  Heterossexual Lésbica Travest  Gay Bissexual Transse	$\smile$		otelectual/Cognitiva Outra				
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: Óbi	ito Mudança de território						

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

Assinatura

portador do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência

-TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA —

não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

## QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS ESTÁ GESTANTE? Sim Não	AL É A MATERNIDAI	DE DE REFERÊNCIA?	
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?  Abaixo do Peso Peso Adequado Acima	a do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO?  SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**	Sim Não
ESTÁ FUMANTE?	Sim Não	Asma DPOC/Enfisema Outro Não	Sabe
FAZ USO DE ÁLCOOL?	Sim Não	ESTÁ COM HANSENÍASE?	Sim Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?	Sim Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE?	◯ Sim ◯ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?	◯ Sim ◯ Não	TEM OU TEVE CÂNCER?	◯ Sim ◯ Não
TEM DIABETES?	Sim Não	TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?	◯ Sim ◯ Não
TEVE AVC / DERRAME? Sim Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA?	
TEVE INFARTO?	Sim Não	FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA	Sim Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?  SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**	◯ Sim ◯ Não	OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL?	0 0
Insuficiência Cardíaca Outro Não Sabe		ESTÁ ACAMADO?	Sim Não
		ESTÁ DOMICILIADO?	Sim Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?	Sim Não	USA PLANTAS MEDICINAIS?  SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	Sim Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**  Insuficiência Renal Outro Não Sabe			
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	Sim Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE  1 - QUAL?  2 - 0	QUAL?	3 - QUAL?	
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?	Sim Não
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*	○ Sim ○ Não	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?  < 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos	( ) . 5 ansa		
< 6 meses 6 a 12 meses 1 a 5 anos	( ) > 5 anos		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? Sim	Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?	◯ Sim ◯ Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?	Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?  1 vez 2 ou 3 vezes mais de 3 vezes		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?  Sim Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?  Restaurante Popular  Doação Restaurante  Doação Grupo Religioso  Doação de Popular	Outros	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**  Banho Acesso ao Sanitário Higiene Bucal	Outros

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)
\* Campo Obrigatório

<sup>\*</sup> Campo Obrigatório
\*\* Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior