



# CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:  
/ /

CONFERIDO POR

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. EQUIPE (INE)

MICROÁREA

DATA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

/ /

Legenda:  Opção de Múltipla Escolha  Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO**

Nº DO CARTÃO SUS

\_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL FAMILIAR**

É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS

DATA DE NASCIMENTO:

 Sim  Não

/ /

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

APELIDO / NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: / /

SEXO:  Masculino  Feminino RAÇA / COR:  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena N° NIS (PIS/PASEP): \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE:  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: ( )

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS****SITUAÇÃO CONJUGAL** Solteiro (a)  Casado (a) / Convívio com Parceiro  Divorciado(a) / Separado (a)  Viúvo(a)  Outra**OCUPAÇÃO**

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

FREQUENTA ESCOLA?  Sim  Não**QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?**

- |                                                                                    |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Creche                                                       | <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)     |
| <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)                                       | <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)       |
| <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA                                     | <input type="radio"/> Ensino Médio Especial                                          |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries                            | <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)                                   |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries                            | <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo                                  | <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)                       |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial                                  | <input type="radio"/> Nenhum                                                         |
| <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) |                                                                                      |

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?  Adulto Responsável  Outra(s) Criança(s)  Adolescente  Sozinha  Creche  OutroFREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)?  Sim  Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?  Sim  Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?  Sim  NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?  Sim  Não

SE SIM, QUAL?

**DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?** Sim  Não**TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?** Sim  Não**SE SIM, QUAL?****SE SIM, QUAL?**

- |                                     |                                 |                                   |                             |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Heterossexual | <input type="radio"/> Lésbica   | <input type="radio"/> Travesti    | <input type="radio"/> Outro |
| <input type="radio"/> Gay           | <input type="radio"/> Bissexual | <input type="radio"/> Transsexual |                             |

- |                                   |                                                |                                |
|-----------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva | <input type="checkbox"/> Outra |
| <input type="checkbox"/> Visual   | <input type="checkbox"/> Física                |                                |

**SITUAÇÃO DE RUA**

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?

 Sim  Não Sim  Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

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

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

SE SIM, QUAL?

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

 Sim  Não Sim  Não

POSSIU REFERÊNCIA FAMILIAR?

 Sim  Não

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

# QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

## 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

ESTÁ FUMANTE?

Sim  Não

Sim  Não

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO?

Asma  DPOC/Enfisema  Outro  Não Sabe

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL?

Sim  Não

Sim  Não

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS?

Sim  Não

ESTÁ COM HANSENÍASE?

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, QUAL A CAUSA?

TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?

Sim  Não

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA

Sim  Não

OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL?

Sim  Não

SE SIM, QUAL?

Insuficiência Cardíaca  Outro  Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

Sim  Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

Sim  Não

SE SIM, QUAIS?

Insuficiência Renal  Outro  Não Sabe

SE SIM, QUAIS?

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?  Sim  Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

## EM SITUAÇÃO DE RUA

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  Outros  
 Doação Grupo Religioso  Doação de Popular

SE SIM, QUAIS?

Banho  Acesso ao Sanitário  Higiene Bucal  Outros

## TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, \_\_\_\_\_ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura