



DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR	FOLHA Nº:

[illegible]

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

- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

[illegible]

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO:

☐ Sim ☐ Não

[illegible]

APELIDO / NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino RAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Nº NIS (PIS/PASEP): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

[illegible]

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

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: E-MAIL:

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUAÇÃO CONJUGAL

☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) / Convívio com Parceiro ☐ Divorciado(a) / Separado (a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outra

- OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA? ☐ 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 e etc)

☐ Classe Alfabetizada - 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
- ☐ Outro

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

FREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? ☐ 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 / IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

• SE SIM, QUAL?

☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro
☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

- SE SIM, QUAL?

☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra

☐ Visual ☐ Física

- SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☐ Não

• TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 años ☐ > 5 años

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não

- SE SIM. QUAL?

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não

- 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

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outro ☐ Não Sabe

ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☐ Não

TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☐ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL A CAUSA?

TEVE AVC / DERRAME? ☐ Sim ☐ Não

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? ☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DOMICILIADO? ☐ 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?

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

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outros

☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação de Popular

TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não

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