

# CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO POR:

FOLHA N°:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

/ /

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO**

CNS OU CPF DO CIDADÃO

CNS \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

 Sim  Não

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

CNS \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_

MICROÁREA\*

 FA

NOME COMPLETO:\*

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \* / / SEXO: \*  F  MRAÇA/COR: \*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena

Etnia: \*\*

Nº NIS (PIS/PASEP) \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE: \_\_\_\_\_  DesconhecidoNOME COMPLETO DO PAI: \_\_\_\_\_  DesconhecidoNACIONALIDADE: \*  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)  Enteado(a)  Neto(a)/Bisneta(o)  
 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 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries  
 Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries  
 Ensino Fundamental Completo  
 Ensino Fundamental Especial  
 Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>)
- Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup>)  
 Ensino Médio, Médio 2<sup>º</sup> 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  OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?  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?  
 Sim  NãoDESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?  
 Sim  Não

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? \*

SE SIM, QUAL?  
 Heterossexual  Bissexual  Outra  
 Homossexual (gay / lésbica)SE SIM, QUAL?  
 Homem transexual  Travesti  
 Mulher transexual  Outro

SE SIM, QUAL(ES)?

- 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

ESTÁ FUMANTE?

Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*

Asma  DPOC/Enfisema  Outra  Não Sabe

FAZ USO DE ÁLCOOL?

Sim  Não

Sim  Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

Sim  Não

ESTÁ COM HANSENÍASE?

Sim  Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sim  Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?

Sim  Não

TEM DIABETES?

Sim  Não

TEM OU TEVE CÂNCER?

Sim  Não

TEVE AVC/DERRAME?

Sim  Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

Sim  Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

TEVE INFARTO?

Sim  Não

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

Sim  Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

Sim  Não

ESTÁ ACAMADO?

Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*

Insuficiência Cardíaca  Outra  Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

Sim  Não

ESTÁ DOMICILIADO?

Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*

Insuficiência Renal  Outro  Não Sabe

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

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

< 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?

Sim  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 À HIGIENE PESSOAL?

Sim  Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).\*\*

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular  Doação Restaurante  Outras  
 Doação Grupo Religioso  Doação de Popular

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**