

FICHA DE CADASTRO DO USUÁRIO

DATA:	Nº DO PRONTUÁRIO:
-------	-------------------

I. IDENTIFICAÇÃO

NÚMERO DO CARTÃO SUS				
1.1 NOME/ NOME SOCIAL (NÃO ABREVIAR)				
1.2 CADASTRO DE PESSOA FÍSICA - CPF			1.3 REGISTRO GERAL - RG	
1.4 DATA DE NASCIMENTO / /	1.5 IDADE	1.6 SEXO	1.7 NATURALIDADE	1.8 NACIONALIDADE
1.9 NOME DA MÃE - OCUPAÇÃO				
1.10 NOME DO PAI - OCUPAÇÃO				
1.11 COR/RAÇA	NEGRA ()	PARDA ()	BRANCA ()	AMARELA () INDÍGENA ()
1.12 ESTADO CIVIL	CASADO()	SOLTEIRO()	DIVORCIADO ()	SEPARADO () VIÚVO(A) () OUTROS ()
1.13 FILHOS/ IDADES			1.14 CRENÇA/ RELIGIÃO	

II. RESIDÊNCIA

2.1 ENDEREÇO			
COMPLEMENTO		2.2 BAIRRO	
2.3 CIDADE/ ESTADO	2.4 CEP - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO POSTAL	2.5 TELEFONE	TELEFONE
2.6 EM CASO DE URGÊNCIA LIGAR PARA:			
2.7 E-MAIL:		2.8 USF DE REFERÊNCIA:	

III. ESCOLARIDADE

3.1 ESCOLARIDADE			
() FUND. COMPLETO	() MÉDIO COMPLETO	() SUPERIOR COMPLETO	() SEM ESCOLARIDADE
() FUND. INCOMPLETO	() MÉDIO INCOMPLETO	() SUPERIOR INCOMPLETO	

IV. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

4.1 PROFISSÃO / OCUPAÇÃO			
4.2 Nº DE DEPENDENTES	4.3 RENDA FAMILIAR : () ATÉ 1 S.M. () DE 1 A 2 S.M. () DE 2 A 3 S.M. () ACIMA DE 3 S.M.		
4.4 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () NÃO () SIM - QUAL?			
4.5 MORADIA: () ALUGADA () PRÓPRIA () CEDIDA () OUTROS			

VI. SITUAÇÃO DE SAÚDE

6.1 FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO DE **USO CONTÍNUO**?

() NÃO | () SIM - QUAL (IS)?

6.2 HISTÓRICO DE **SAÚDE NA FAMÍLIA**:

() Asma / Bronquite	() Diabetes	() HIV	() Outros:
() Anemia Falciforme	() Câncer	() Transtorno Mental	
() Cardiopatias	() Epilepsia		

6.3 **SEU HISTÓRICO** DE SAÚDE:

() Anemia Falciforme	() Diabetes	() HIV	() Nevralgias (dores)
() Asma / Bronquite	() Epilepsia	() Meningite	() TCE - Traumatismo
() Aborto	() Enxaquecas	() Paralisia Infantil	() Transtorno Mental
() Câncer	() Gravidez	() Problemas dos Rins	() Tiques
() Cardiopatias	() Hipertensão	() Problemas na Tireoide	() Outros:

ALGUMA PERMANECE DE ATÉ HOJE?

6.4 **CIRURGIAS** REALIZADAS

6.5 FAZ USO DE: Cigarro () não () sim - desde quando?

- frequência:

Álcool () não () sim - desde quando?

- frequência:

Outras substâncias:

6.6 PRÁTICA ALGUM **ESPORTE/ ATIVIDADE FÍSICA**?

() NÃO | () SIM - QUAL (IS)?

VII. MOTIVO (S) DE SUA PROCURA POR ESTE SERVIÇO (a ser preenchido pelo usuário)

VIII. SÍNTESE INFORMATIVA/ ENCAMINHAMENTOS (a ser preenchido pelo profissional na ESCUTA)

ESCUTA Nº: 01 NOME DO PROFISSIONAL

DATA / /

MOTIVO DA PROCURA "sic":

ENCAMINHAMENTO:

ESCUTA Nº: 02 NOME DO PROFISSIONAL

DATA / /

MOTIVO DA PROCURA "sic":

ENCAMINHAMENTO:

ESCUTA Nº: 03 NOME DO PROFISSIONAL

DATA / /

MOTIVO DA PROCURA "sic":

ENCAMINHAMENTO: