

**Prefeitura Municipal de Alfenas**  
**E-SUS - Relatório de Cadastro Individual**

**Período:** 01/09/2025 à 21/09/2025

**Data e Hora da Impressão:** 21/09/2025 19:02:46

**Unidade de Saúde:** 15 - UBS UNISAUDE

**Profissional:** 11581 - TULIO LIMA DA SILVA

**Especialidade:** 223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Equipe:** Todas

**Dados gerais**

| Descrição                     | Quantidade |
|-------------------------------|------------|
| Cidadãos ativo                | 0          |
| Saída de cidadãos do cadastro | 0          |
| Total                         | 0          |

**Sexo**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Masculino | 0          |
| Feminino  | 0          |
| Total     | 0          |

**Faixa etária**

| Descrição       | Masculino | Feminino | Total |
|-----------------|-----------|----------|-------|
| Menos de 01 ano | 0         | 0        | 0     |
| 01 ano          | 0         | 0        | 0     |
| 02 anos         | 0         | 0        | 0     |
| 03 anos         | 0         | 0        | 0     |
| 04 anos         | 0         | 0        | 0     |
| 05 a 09 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 10 a 14 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 15 a 19 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 20 a 24 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 25 a 29 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 30 a 34 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 35 a 39 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 40 a 44 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 45 a 49 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 50 a 54 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 55 a 59 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 60 a 64 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 65 a 69 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 70 a 74 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 75 a 79 anos    | 0         | 0        | 0     |
| 80 anos ou mais | 0         | 0        | 0     |
| Total           | 0         | 0        | 0     |

**Raça / Cor**

| Descrição      | Quantidade |
|----------------|------------|
| Branca         | 0          |
| Negra          | 0          |
| Indígena       | 0          |
| Não Informada  | 0          |
| SEM INFORMACAO | 0          |
| Parda          | 0          |
| Amarela        | 0          |
| Total          | 0          |

**Etnia**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total     | 0          |

**Nacionalidade**

| Descrição    | Quantidade |
|--------------|------------|
| Brasileira   | 0          |
| Estrangeira  | 0          |
| Naturalizada | 0          |
| Total        | 0          |

**Ocupação**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total     | 0          |

**Relação de parentesco com o responsável familiar**

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Cônjuge/Companheiro(a) | 0          |
| Filho(a)               | 0          |
| Enteado(a)             | 0          |
| Neto(a)/Bisneto(a)     | 0          |
| Pai/Mãe                | 0          |
| Sogro(a)               | 0          |
| Irmão/Irmã             | 0          |
| Genro/Nora             | 0          |
| Outro Parente          | 0          |
| Não Parente            | 0          |

**Qual o curso mais elevado que você frequenta ou frequentou**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total     | 0          |

**Situação no mercado de trabalho**

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Total     | 0          |

### Criança de 0 a 9 anos, com quem fica

| Descrição           | Quantidade |
|---------------------|------------|
| Adulto Responsável  | 0          |
| Outra(s) Criança(s) | 0          |
| Adolescente         | 0          |
| Sozinha             | 0          |
| Creche              | 0          |
| Não informado       | 0          |
| Total               | 0          |

### Orientação sexual

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Sim           | 0          |
| Não           | 0          |
| Não informado | 0          |

### Orientação sexual

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Heterossexual | 0          |
| Lésbica       | 0          |
| Gay           | 0          |
| Bissexual     | 0          |
| Assexual      | 0          |
| Pansexual     | 0          |
| Outro         | 0          |

### Identidade de gênero

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Sim           | 0          |
| Não           | 0          |
| Não informado | 0          |

### Identidade de gênero

| Descrição          | Quantidade |
|--------------------|------------|
| Mulher cisgênero   | 0          |
| Homem cisgênero    | 0          |
| Mulher transgênero | 0          |
| Homem transgênero  | 0          |
| Transgênero        | 0          |
| Travesti           | 0          |
| Não-binário        | 0          |
| Outro              | 0          |

### Deficiência

| Descrição | Tem alguma deficiência |
|-----------|------------------------|
| Sim       | 0                      |

| Descrição     | Tem alguma deficiência |
|---------------|------------------------|
| Não           | 0                      |
| Não informado | 0                      |

| Deficiência           |            |
|-----------------------|------------|
| Descrição             | Quantidade |
| Auditiva              | 0          |
| Visual                | 0          |
| Intelectual/Cognitiva | 0          |
| Física                | 0          |
| Outro                 | 0          |

| Outras informações sociodemográficas       |     |     |               |
|--|-----|-----|---------------|
| Descrição                                  | Sim | Não | Não informado |
| É membro de povo ou comunidade tradicional | 0   | 0   | 0             |
| Frequenta cuidador tradicional?            | 0   | 0   | 0             |
| Frequenta escola ou creche                 | 0   | 0   | 0             |
| Participa de algum grupo comunitário?      | 0   | 0   | 0             |
| Possui plano de saúde privado?             | 0   | 0   | 0             |

| Sobre seu peso, você se considera |            |
|-----------------------------------|------------|
| Descrição                         | Quantidade |
| Abaixo do peso                    | 0          |
| Peso adequado                     | 0          |
| Acima do peso                     | 0          |
| Não informado                     | 0          |
| Total                             | 0          |

| Condições / Situações de saúde gerais  |     |     |               |
|--|-----|-----|---------------|
| Descrição  | Sim | Não | Não informado |
| Está acamado   | 0   | 0   | 0             |
| Está com hanseníase  | 0   | 0   | 0             |
| Está com tuberculose   | 0   | 0   | 0             |
| Está domiciliano   | 0   | 0   | 0             |
| Está fumante   | 0   | 0   | 0             |
| Está gestante  | 0   | 0   | 0             |
| Faz uso de álcool  | 0   | 0   | 0             |
| Faz uso de drogas  | 0   | 0   | 0             |
| Tem diabetes   | 0   | 0   | 0             |
| Tem hipertensão arterial   | 0   | 0   | 0             |
| Tem ou teve câncer   | 0   | 0   | 0             |
| Teve AVC / derrame   | 0   | 0   | 0             |
| Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde | 0   | 0   | 0             |
| Teve infarto   | 0   | 0   | 0             |
| Teve internação nos últimos 12 meses?  | 0   | 0   | 0             |

| Descrição              | Sim | Não | Não informado |
|------------------------|-----|-----|---------------|
| Usa plantas medicinais | 0   | 0   | 0             |

#### Tipo de saída do cidadão do cadastro

| Descrição             | Quantidade |
|-----------------------|------------|
| Óbito                 | 0          |
| Mudança de Território | 0          |
| Não informado         | 0          |
| Total                 | 0          |

#### Tem doenças respiratória / no pulmão?

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Sim           | 0          |
| Não           | 0          |
| Não informado | 0          |

#### Doença respiratória

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Asma          | 0          |
| DPOC/Enfisema | 0          |
| Outro         | 0          |
| Não Sabe      | 0          |

#### Tem doença cardíaca / do coração

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Sim           | 0          |
| Não           | 0          |
| Não informado | 0          |

#### Doença cardíaca

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Insuficiência cardíaca | 0          |
| Outra                  | 0          |
| Não sabe               | 0          |

#### Tem ou teve problemas nos rins?

| Descrição     | Quantidade |
|---------------|------------|
| Sim           | 0          |
| Não           | 0          |
| Não informado | 0          |

#### Problemas nos rins

| Descrição           | Quantidade |
|---------------------|------------|
| Insuficiência renal | 0          |

| Descrição | Quantidade |
|-----------|------------|
| Outra     | 0          |
| Não sabe  | 0          |

#### Cidadão em situação de rua

| Descrição                            | Sim | Não | Não informado |
|--------------------------------------|-----|-----|---------------|
| É acompanhado por outra instituição  | 0   | 0   | 0             |
| Possui referência familiar?          | 0   | 0   | 0             |
| Recebe algum benefício               | 0   | 0   | 0             |
| Visita algum familiar com frequência | 0   | 0   | 0             |

#### Tempo em situação de rua

| Descrição     | Deseja informar |
|---------------|-----------------|
| Sim           | 0               |
| Não           | 0               |
| Não informado | 0               |

#### Tempo em situação de rua

| Descrição        | Quantidade |
|------------------|------------|
| Menos de 6 meses | 0          |
| 6 a 12 meses     | 0          |
| 1 a 5 anos       | 0          |
| Mais de 5 anos   | 0          |

#### Quantas vezes se alimenta ao dia

| Descrição       | Quantidade |
|-----------------|------------|
| 1 vez           | 0          |
| 2 ou 3 vezes    | 0          |
| mais de 3 vezes | 0          |
| Não informado   | 0          |
| Total           | 0          |

#### Qual a origem da alimentação

| Descrição              | Quantidade |
|------------------------|------------|
| Restaurante Popular    | 0          |
| Doação Grupo Religioso | 0          |
| Doação Restaurante     | 0          |
| Doação de Popular      | 0          |
| Outros                 | 0          |
| Não informado          | 0          |
| Total                  | 0          |

**Tem acesso a higiene pessoal**

| <b>Descrição</b>    | <b>Quantidade</b> |
|---------------------|-------------------|
| Banho               | 0                 |
| Acesso ao Sanitário | 0                 |
| Higiene Bucal       | 0                 |
| Outros              | 0                 |

**Tem acesso a higiene pessoal**

| <b>Descrição</b> | <b>Quantidade</b> |
|------------------|-------------------|
| Sim              | 0                 |
| Não              | 0                 |
| Não informado    | 0                 |