

# CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

/ /

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA\*

/ / / / / / / / / / / / / / / /

☐ Sim ☐ Não

/ / / / / / / / / / / / / / / /

☐ FA

NOME COMPLETO\*: /

NOME SOCIAL: / DATA DE NASCIMENTO\*: / / / SEXO\*: ☒ M ☐ FRAÇA/COR\*: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Etnia\*\*: Nº NIS (PIS/PASEP): / / / / / / / / / / / / / / / /NOME COMPLETO DA MÃE\*: / ☐ DesconhecidoNOME COMPLETO DO PAI\*: / ☐ DesconhecidoNACIONALIDADE\*: ☐ Brasileira ☐ Naturalizada ☐ Estrangeira 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) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)  
☐ 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 1ª a 4ª séries  
☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries  
☐ Ensino Fundamental Completo  
☐ Ensino Fundamental Especial  
☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)  
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)  
☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Ciência, Técnico etc)  
☐ Ensino Médio Especial  
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)  
☐ Superior Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado  
☐ Alfabetização para Adultos (Móvel 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 ☐ Outro(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sogra ☐ 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 ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Outra  
☐ Homossexual (gay / lésbica)

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

- ☐ Homem transsexual ☐ Transgênero  
☐ Mulher transsexual ☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

☐ Sim ☐ Não

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 do DO: / / / / / / / / / /

## 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 à 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

ESTA 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 RESPIRATORIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):\*\*

☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTA FUMANTE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ALCOOL?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☐ Não

TEVE AVC/DEPRAME?

☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):\*\*

☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outra ☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):\*\*

☐ Insuficiência Renal ☐ Outra ☐ Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE?

☐ Sim ☐ Não

ESTA COM TUBERCULOSE?

☐ Sim ☐ Não

TEM OU TEVE CANCER?

☐ Sim ☐ Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, POR QUAL CAUSA?

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

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ ACAMADO?

☐ Sim ☐ Não

ESTÁ DOMICILIADO?

☐ Sim ☐ Não

USA PLANTAS MEDICINAIS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):

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

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

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

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

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 ☐ Outras ☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação da População

E ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):\*\*

☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outras

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microrregião: usar 01 a 99 para o número da microrregião.

FA: Fora de Área

\* Campo obrigatório

\*\* Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior