

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO* _____ **CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?** Sim Não

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____ **MICROÁREA*** _____ FA

NOME COMPLETO:* _____

NOME SOCIAL: _____ **DATA DE NASCIMENTO:*** / / **SEXO:*** F M

RAÇA/COR:* Branca Preta Parda Amarela Indígena **Etnia:**** _____ **Nº NIS (PIS/PASEP)** _____

NOME COMPLETO DA MÃE:* _____ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:* _____ Desconhecido

NACIONALIDADE:* 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) Enteadado(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 Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)

Pré-escola (exceto CA) Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)

Classe de Alfabetização - 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

Servidor público/militar

Outro

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

FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? Sim Não **PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO?** Sim Não **POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?** Sim Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? Sim Não **SE SIM, QUAL?** _____

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?* Sim Não **SE SIM, QUAL?** _____

Heterossexual Gay Lésbica

Bissexual Assexual Pansexual

Outro

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?* Sim Não **SE SIM, QUAL?** _____

Homem cisgênero Mulher cisgênero

Homem transgênero Mulher transgênero

Transgênero Travesti Não-Binário Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* Sim Não **SE SIM, QUAL(IS)?** _____

Auditiva Intelectual/Cognitiva

Visual Física Outra

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? Sim Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? Sim Não

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

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTÁ GESTANTE? Sim Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

Abaixo do Peso Peso Adequado Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Asma DPOC/Enfisema Outra Não Sabe

ESTÁ FUMANTE? Sim Não

FAZ USO DE ÁLCOOL? Sim Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? Sim Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? Sim Não

TEM DIABETES? Sim Não

TEVE AVC/DERRAME? Sim Não

TEVE INFARTO? Sim Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Cardíaca Outra Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).**

Insuficiência Renal Outro Não Sabe

ESTÁ COM HANSENÍASE? Sim Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE? Sim Não

TEM OU TEVE CÂNCER? Sim Não

TEVE ALGUMA INTERNACÃO 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(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

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 de Popular

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? Sim Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).

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(IS).**

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**