



# CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /
----------------------------------	-------------------	-------------------	-----------	-----------

Legenda:  Opção de Múltipla Escolha     Opção de Única Escolha    (Marcar X na opção desejada)

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO</b>		<b>RESPONSÁVEL FAMILIAR</b>	
Nº DO CARTÃO SUS	É o responsável?	Nº DO CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO:
	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		/ /
NOME COMPLETO:			
APELIDO / NOME SOCIAL:			DATA DE NASCIMENTO: / /
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Nº NIS (PIS/PASEP):	
NOME COMPLETO DA MÃE:			
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO:	TELEFONE CELULAR: ( )	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:		E-MAIL:	

<b>INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>
<input type="radio"/> Solteiro (a) <input type="radio"/> Casado (a) / Convívio com Parceiro <input type="radio"/> Divorciado(a) / Separado (a) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Outra	
FREQUENTA ESCOLA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b>
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	<input type="radio"/> Empregador
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho
<input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA	<input type="radio"/> Autônomo com previdência social
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Autônomo sem previdência social
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Aposentado/Pensionista
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Desempregado
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Não trabalha
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Outro
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	
<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)	
<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	
<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)	
<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	
<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)	
<input type="radio"/> Nenhum	

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro
FREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não    PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não    POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não    SE SIM, QUAL?

<b>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?</b>	<b>TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?</b>
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
SE SIM, QUAL?	SE SIM, QUAL?
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra
<input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física

<b>SITUAÇÃO DE RUA</b>	<b>É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?</b>
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?	SE SIM, QUAL?
<input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?

# QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha    (Marcar X na opção desejada)

## 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

SE SIM, QUAL?

Asma     DPOC/Enfisema     Outro     Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?  Sim  Não

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL?

Sim  Não

ESTÁ COM HANSENIASE?  Sim  Não

ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS?

Sim  Não

ESTÁ COM TUBERCULOSE?  Sim  Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

Sim  Não

TEM OU TEVE CÂNCER?  Sim  Não

TEM DIABETES?

Sim  Não

TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES?  Sim  Não

TEVE AVC / DERRAME?

Sim  Não

SE SIM, QUAL A CAUSA?

TEVE INFARTO?

Sim  Não

TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO?

Sim  Não

SE SIM, QUAL?

Insuficiência Cardíaca     Outro     Não Sabe

FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL?  Sim  Não

ESTÁ ACAMADO?  Sim  Não

ESTÁ DOMICILIADO?  Sim  Não

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?  Sim  Não

SE SIM, QUAIS?

Insuficiência Renal     Outro     Não Sabe

USA PLANTAS MEDICINAIS?  Sim  Não

SE SIM, QUAIS?

USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?  Sim  Não

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

EM SITUAÇÃO DE RUA

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

1 vez     2 ou 3 vezes     mais de 3 vezes

TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL?  Sim  Não

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

Restaurante Popular     Doação Restaurante     Outros  
 Doação Grupo Religioso     Doação de Popular

SE SIM, QUAIS?

Banho     Acesso ao Sanitário     Higiene Bucal     Outros

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, \_\_\_\_\_ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura