



Prefeitura Municipal de São João da Ponte



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? Sim Não
 CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR: _____ MICROÁREA* _____ FA

NOME COMPLETO*: _____
 NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO*: ____/____/____ SEO: * 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
 Conjuge/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

E 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 transexual Travesti
 Mulher transexual Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? * Sim Não
 SE SIM, QUAL(IS)? Auditiva Intelectual/Cognitiva Outra
 Visual Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO
 Mudança de território Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:
 Data do óbito: ____/____/____ Número da 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 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? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):* <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENIASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		S S, S? _____	
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		S S, ND (S). _____	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):* <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE _____			
1 - QUAL? _____		2 - QUAL? _____	
		3 - QUAL? _____	

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA			
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		S S, ND (S). _____	
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		S S, É G D NTS? _____	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras	
<input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular			

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar 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