

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

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		☐ Sim ☐ Não		_____ CPF	_____ 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 ☐ 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 (Científico, Técnico etc.) ☐ Ensino Médio Especial ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo) ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado ☐ Alfabetização para Adultos (Mobral 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 ☐ 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(S)? ☐ 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**