

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:

RAÇA/COR:* ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Etnia:**

DATA DE NASCIMENTO:*

SEXO:* ☐ F ☐ M

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) ☐ 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 (Científico, Técnico etc.)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Móbrai 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

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(ES)?

- ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra
☐ Visual ☐ Física

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