

**CNS DO PROFISSIONAL\***

**CBO\***

**CNES\***

**INE\***

**DATA\***

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO**

CNS OU CPF DO CIDADÃO

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

**MICROÁREA\***

CPF: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_

Sim  Não

CPF: \_\_\_\_\_  
CNS: \_\_\_\_\_

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

OCUPAÇÃO

- Cônjuge/Companheiro(a)  Filho(a)  Enteado(a)  Neto(a)/Bisneto(a)  
 Pai/Mãe  Sogro(a)  Irmão/Irmã  Genro/Nora  Outro parente  Não parente

\_\_\_\_\_

**FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\***  Sim  Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

- 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)

- 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?**  Sim  Não **SE SIM, QUAL?** \_\_\_\_\_

**DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?**

**DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?**

**TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\***

Sim  Não

Sim  Não

Sim  Não

**SE SIM, QUAL?**  
 Heterossexual  Bissexual  Outra  
 Homossexual (gay / lésbica)

**SE SIM, QUAL?**  
 Homem transexual  Travesti  
 Mulher transexual  Outro

**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 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