

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

- Cônjuge/Companheiro(a) Filho(a) Enteado(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

É 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 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