

Sistema e-SUS

CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:
/ /

CONFERIDO POR

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL

Cód. CNES UNIDADE

Cód. EQUIPE (INE)

MICROÁREA

DATA:
/ /

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO

Nº DO CARTÃO SUS

RESPONSÁVEL FAMILIAR

É o responsável? Nº DO CARTÃO SUS DATA DE NASCIMENTO:

☐ Sim ☐ Não / /

NOME COMPLETO:

APELIDO / NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: / /

SEXO: ☐ Masculino ☐ Feminino RAÇA / COR: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Nº NIS (PIS/PASEP):

NOME COMPLETO DA MÃE:

NACIONALIDADE: ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro PAÍS DE NASCIMENTO:

TELEFONE CELULAR: ()

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:

E-MAIL:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

SITUATION CONJUGAL

☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) / Convívio com Parceiro ☐ Divorciado(a) / Separado (a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outra

Ocupação

FREQUENTA ESCOLA? ☐ Sim ☐ Não

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

☐ Creche
☐ Pré-escola (exceto CA)
☐ Classe Alfabetizada - 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 e etc)
☐ Ensino Médio Especial
☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)
☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
☐ Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
☐ Nenhum

SITUACAO 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
☐ Outro

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☒ Creche ☐ Outro

FREQUENTA CURANTEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? ☐ Sim ☐ Não

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não

POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não

É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADIIONAL? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?
☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Heterossexual
☐ Gay

☐ Lésbica
☐ Bissexual

☐ Travesti
☐ Transsexual

☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

☐ Auditiva
☐ Visual

☐ Intelectual/Cognitiva
☐ Física

☐ Outra

SITUACIÓN DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUACIÓN DE RUA?

☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?