

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*/ /
-----------------------------------	--------------------	--------------------	-----------	-----------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO		RESPONSÁVEL FAMILIAR	
Nº DO CARTÃO SUS	É o responsável?	Nº DO CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO:
	☐ Sim ☐ Não		/ /
NOME COMPLETO:*			
NOME SOCIAL:			DATA DE NASCIMENTO:*/ /
SEXO:*	☐ Masculino ☐ Feminino	RAÇA / COR:*	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena
		Nº NIS (PIS/PASEP):	
NOME COMPLETO DA MÃE:*			
☐ Desconhecido			
NACIONALIDADE:*		PAÍS DE NASCIMENTO:	TELEFONE CELULAR: ()
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**		E-MAIL:	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		OCUPAÇÃO
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		
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * ☐ Sim ☐ Não QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO
☐ 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)		☐ 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
☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) ☐ 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		

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 / IDENTIDADE DE GÊNERO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL?		TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? * ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL(is)?
☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro ☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual		☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra ☐ Visual ☐ Física
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: ☐ Óbito ☐ Mudança de território		

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____ portador 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 no não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura
