

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CADASTRO DA FAMÍLIA E DO CIDADÃO

AP	CNES	Unidade de Saúde
Nome do Agente / Cadastrador		Cod. Equipe Microárea Comunidade
		Data

DOMICÍLIO	Registro da Família	Família	Endereço *	Número *
	Complemento *	Procedência		Tempo de Moradia
	Bairro *	CEP *	Telefones *	E-mail *

IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA	Nome do Cidadão *	Data de Nascimento *	Sexo	Raça Cor	Sit. Fam.	Freq. Esc.	Nat. Esc.	Escolaridade	Plano Saúde	Fuma	PDV	C.S.B.	Grupos de Saúde	Doenças ou Condições Referidas
	1													
		CPF / DNV *	Sit. Prof.	Ocupação										
	2													
		CPF / DNV *	Sit. Prof.	Ocupação										
	3													
		CPF / DNV *	Sit. Prof.	Ocupação										
4														
	CPF / DNV *	Sit. Prof.	Ocupação											
5														
	CPF / DNV *	Sit. Prof.	Ocupação											
6														
	CPF / DNV *	Sit. Prof.	Ocupação											

LEGENDA	1 - Sexo	F - Fem	M - Masc
	2 - Raça/Cor	1 - Branca	4 - Parda
	2 - Preta	5 - Indígena	
	3 - Amarela		
	3 - Situação Familiar	1 - Vive com companheira(o) e filho(s) 2 - Convive com companheira(o) com laços conjugais e sem filho(s) 3 - Convive com companheira(o) com filho(s) e/ou outro(s) familiar(es) 4 - Convive com familiar(es), sem companheira(o) 5 - Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e ou conjugais 6 - Vive só	
	4 - Frequenta Escola?	S - Sim N - Não	
	5 - Natureza da Escola	P - Particular E - Estadual M - Municipal F - Federal	
	6 - Escolaridade (ESC)	01 - Não sabe ler/escrever 02 - Alfabetizado 03 - Fundamental Incompleto 04 - Fundamental Completo 05 - Médio Incompleto 06 - Médio Completo 07 - Superior Incompleto 08 - Superior Completo 09 - Espec./Residência 10 - Mestrado 11 - Doutorado	
	* Campo obrigatório	7 - Possui Plano de Saúde S - Sim N - Não 8 - Fuma S - Sim N - Não 9 - Presente Durante Visita S - Sim N - Não	

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - FICHA DE CADASTRO DA FAMÍLIA E DO CIDADÃO - DOCUMENTOS - SITUAÇÃO E MORADIA

TIPO DE DOMICÍLIO		1	CÔMODOS	2	ENERGIA ELÉTRICA	3
☐ Tijolo ☐ Taipa Revestida ☐ Taipa Não Revestida ☐ Madeira ☐ Material Aproveitado ☐ Adobe ☐ Outros (Especificar) _____					Sim ☐ Não ☐	

DESTINO DO LIXO	4	TRATAMENTO DA ÁGUA	5	ABASTECIMENTO DE ÁGUA	6
☐ Coletado ☐ Queimado ☐ Céu Aberto		☐ Filtração ☐ Cloração ☐ Fervura ☐ Sem Tratamento		☐ Rede Pública ☐ Poço ou Nascente ☐ Outros (Especificar) _____	

PONTO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA	7	DESTINO DAS FEZES E URINA	8	MELHOR HORÁRIO / DIA PARA VISITAS	9	PLANTAS MEDICINAIS	10
☐ No Domicílio ☐ No Terreno ☐ Fora do Terreno		☐ Sistema de Esgoto (Rede) ☐ Fossa ☐ Céu Aberto		☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐ Sábado ☐ Domingo		Cultiva ? Sim ☐ Não ☐ Utiliza? Sim ☐ Não ☐	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DATA KIT ODONTO	11	RENDA FAMILIAR Somando todos os ganhos de todos os membros da família (em reais)	12
		☐ Até ½ Sal. Mín. ☐ Mais de ½ até 1 Sal. Mín. ☐ Mais de 1 até 2 Salários Mínimos ☐ Mais de 2 até 5 Salários Mínimos ☐ Mais de 5 Salários Mínimos ☐ Doações ☐ Ignorada ☐ Não Respondeu	

EM CASO DE DOENÇA, PROCURA **13**

☐ Hospital Público ☐ Unidade de Saúde ☐ Rede Privada ☐ Farmácia ☐ Auxílio Espiritual Outros (Especificar) _____

ANOTAÇÕES

LEGENDA(Continuação)	
Condição de Saúde Bucal (C.S.B.)	
10 - Dor (D) 1 - Sem dor 2 - Espontânea 3 - Provocada	11 - Mucosa (M) 1 - Normal 2 - Lesão não cicatrizada a mais de 15 dias 3 - Presença de fenda Lábio-Palatal
12 - Interferência (I) S - Sim N - Não	13 - Necessidade de Prótese (NP) 1 - Sem Necessidade 2 - Uma Prótese Total 3 - Duas Próteses Totais 4 - Uma Prótese Parcial 5 - Duas Próteses Parciais 6 - Combinação de Total Com Parcial
16 - Situação Profissional (SP)	
1 - Emprego Formal	5 - Pensionista/Aposentado
2 - Emprego Informal	6 - Empregador
3 - Desempregado	
4 - Autônomo	

14 - Grupos de Saúde		
01 - Hipertensão	05 - Tuberculose	09 - Obesos
02 - Pré-Natal	06 - Idoso	10 - AIDS
03 - Diabetes	07 - Aleitamento	11 - Acomp. Cresc. e Desenv. da Criança
04 - Hanseníase	08 - Desnutrição	99 - Outros (Indicar na OBS)

15 - Doenças ou Condições Referidas		
01 - Alcoolismo	10 - Transtorno Mental	19 - Usuário de Drogas Ilícitas
02 - AIDS	11 - Epilepsia	20 - Usuário de Psicofármacos
03 - Câncer	12 - Gestante	21 - Intern. Psiq. Ult. 12 Meses
04 - Chagas	13 - Hipertensão Arterial	22 - Asma
05 - Def. Física	14 - Hanseníase	23 - Sintomático Respiratório
06 - Def. Mental	15 - Malária	24 - Sintomático Dermatológico
07 - Def. Visual	16 - Tuberculose	
08 - Def. Auditiva	17 - Violência Doméstica	
09 - Diabetes	18 - Tentativa de Suicídio	99 - Outros (Informar na OBS)

[illegible]

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO CIDADÃO - DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO									
4	Nome do Cidadão			Nome da Mãe			Nome do Pai		
	CPF *			Nº da Dec. de Nascido Vivo (DN) **			Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Pais de Origem	
	Beneficiário do Bolsa Família ☐ Sim ☐ Não	Beneficiário Cartão Família Carioca ☐ Sim ☐ Não		NIS		Nº da Declaração de Óbito (DO)			
* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos ** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido									

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO									
5	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade ☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro					
Nome da Mãe		Nome do Pai							
CPF*		Nº da Dec. de Nascido Vivo (DN) **	Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Pais de Origem					
Beneficiário do Bolsa Família ☐ Sim ☐ Não	Beneficiário Cartão Família Carioca ☐ Sim ☐ Não	NIS	Nº da Declaração de Óbito (DO)						
* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos ** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido									

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO									
6	Nome do Cidadão	Nome da Mãe	Nome do Pai	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade ☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro			
CNPJ*				Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil			
				Nº da Declaração de Óbito (DO)					
Beneficiário do Bolsa Família ☐ Sim ☐ Não	Beneficiário Cartão Família Carioca ☐ Sim ☐ Não	NIS							

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos
** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DO CIDADÃO - DOCUMENTOS

4

Nome do Cidadão

Nome da Mãe

Nome do Pai

CPF *

Nº da Dec. de Nascido Vivo (DN) **

NIS

Beneficiário do Bolsa Família
☐ Sim ☐ Não

Beneficiário Cartão Família Carioca
☐ Sim ☐ Não

UF

Município de Nascimento

Nº da Declaração de Óbito (DO)

Nacionalidade
☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro

Pais de Origem

Data de Entrada no Brasil

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos

** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO									
5	Nome do Cidadão	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade ☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro					
Nome da Mãe		Nome do Pai							
CPF*		Nº da Dec. de Nascido Vivo (DN) **	Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Pais de Origem					
Beneficiário do Bolsa Família ☐ Sim ☐ Não	Beneficiário Cartão Família Carioca ☐ Sim ☐ Não	NIS	Nº da Declaração de Óbito (DO)						
* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos ** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido									

IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO									
6	Nome do Cidadão	Nome da Mãe	Nome do Pai	Município de Nascimento	UF	Nacionalidade ☐ Brasileiro ☐ Estrangeiro			
CNPJ*				Número do CNS (Cartão Nacional de Saúde)	Pais de Origem	Data de Entrada no Brasil			
				Nº da Declaração de Óbito (DO)					
Beneficiário do Bolsa Família ☐ Sim ☐ Não	Beneficiário Cartão Família Carioca ☐ Sim ☐ Não	NIS							

* Campo obrigatório para maiores de 16 anos e preferencial para aqueles com até 16 anos

** Campo obrigatório para aqueles com até 16 anos se CPF não preenchido