



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
ESTADO DO PARANÁ**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERÊNCIA E SERVIÇOS**

**CADASTRO DE USUÁRIO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CNS**

C A P A L O T E

Data de formação do Lote:

Nº do Lote:

Quantidade de fichas:

Digitador: PIS/PASEP:
Rúbrica

Verificador: PIS/PASEP:
Rúbrica

Situação: _____



Carimbo/Nome do posto

Nº Ficha no Lote:			
QTD. Usuários preenchidos:			
Correção:			
Lote Original:			

CADASTRO DE USUÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CNS

DADOS DO FUNCIONÁRIO

1 - Nome do Agente de Saúde:	2 - Número PIS/PASEP do Agente de Saúde:	3 - Local e Data da Coleta de Dados:	4 - Visto / Assinatura:
------------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------

DADOS RESIDENCIAIS DOS USUÁRIOS

Com erro

1 - Logradouro:	2 - Número:	3 - Complemento:
	4 - Área:	Micro-Área:
5 - Bairro / Distrito:	6 - Código do Município - IBGE:	
7 - Município:	8 - UF:	9 - CEP:
10 - Renda Familiar: (em salários mínimos)		
Sem Renda <input type="checkbox"/>	Até 1 <input type="checkbox"/>	De 1 à 2 <input type="checkbox"/>
De 2 à 3 <input type="checkbox"/>	De 3 à 4 <input type="checkbox"/>	De 4 à 5 <input type="checkbox"/>
Mais de 5 <input type="checkbox"/>		

1 DADOS DO USUÁRIO

Com erro

1 - Nome do Usuário:			
2 - Alfabetização:		3 - Ocupação:	4 - Doença ou condição referida (Sigla)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
5 - Nome da Mãe:			
6 - Data do Nascimento:		7 - Município de Nascimento:	8 - UF:
			9 - Sexo:
10 - Certidão Tipo:		11 - Nome do Cartório:	
12 - Livro:	13 - Fls.:	14 - Termo:	15 - Data Emissão:
16 - nº Identidade:	17 - UF.:	18 - Org. Em.:	19 - Data da Emissão:
		20 - Nacionalidade:	21 - Data de Entrada:

2 DADOS DO USUÁRIO

Com erro

1 - Nome do Usuário:			
2 - Alfabetização:		3 - Ocupação:	4 - Doença ou condição referida (Sigla)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
5 - Nome da Mãe:			
6 - Data do Nascimento:		7 - Município de Nascimento:	8 - UF:
			9 - Sexo:
10 - Certidão Tipo:		11 - Nome do Cartório:	
12 - Livro:	13 - Fls.:	14 - Termo:	15 - Data Emissão:
16 - nº Identidade:	17 - UF.:	18 - Org. Em.:	19 - Data da Emissão:
		20 - Nacionalidade:	21 - Data de Entrada:

3 DADOS DO USUÁRIO

Com erro

1 - Nome do Usuário:			
2 - Alfabetização:		3 - Ocupação:	4 - Doença ou condição referida (Sigla)
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
5 - Nome da Mãe:			
6 - Data do Nascimento:		7 - Município de Nascimento:	8 - UF:
			9 - Sexo:
10 - Certidão Tipo:		11 - Nome do Cartório:	
12 - Livro:	13 - Fls.:	14 - Termo:	15 - Data Emissão:
16 - nº Identidade:	17 - UF.:	18 - Org. Em.:	19 - Data da Emissão:
		20 - Nacionalidade:	21 - Data de Entrada:

Manual - CNS - PSF

Campo 9 - Sexo:	Campo 10 - Certidão Tipo:	Campo 18 - Órgão Emissor:
M - Masculino F - Feminino	91 - Nascimento 92 - Casamento 93 - Separação / Divórcio	10 - Carteira Identidade SSP 40 - Carteira Identidade Militar 60 - Carteira Identidade Classista

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DE DOENÇAS E CONDIÇÕES REFERIDAS

ALC. - Alcoolismo	DIA - Diabetes	GES - Gestação	MAL - Malaria	DEP - Desnutrição
CHA - Chagas	DME - Distúrbio Mental	HA - Hipertensão Arterial	TB - Tuberculose	OUTROS - Outros
DEF - Deficientes	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase	DST - Aids	



CADASTRO COMPLEMENTAR - CNS

4 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:															
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)							
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>															
5 - Nome da Mãe:															
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:					
/ /															
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:									
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:				15 - Data Emissão:			
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:		21 - Data de Entrada:			

5 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:															
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)							
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>															
5 - Nome da Mãe:															
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:					
/ /															
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:									
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:				15 - Data Emissão:			
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:		21 - Data de Entrada:			

6 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:															
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)							
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>															
5 - Nome da Mãe:															
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:					
/ /															
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:									
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:				15 - Data Emissão:			
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:		21 - Data de Entrada:			

7 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:															
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)							
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>															
5 - Nome da Mãe:															
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:					
/ /															
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:									
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:				15 - Data Emissão:			
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:		21 - Data de Entrada:			

Manual - CNS - PSF

Campo 9 - Sexo:		Campo 10 - Certidão Tipo:			Campo 18 - Órgão Emissor:			
M - Masculino	F - Feminino	91 - Nascimento	92 - Casamento	93 - Separação / Divórcio	10 - Carteira Identidade SSP	40 - Carteira Identidade Militar	60 - Carteira Identidade Classista	

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DE DOENÇAS E CONDIÇÕES REFERIDAS

ALC. - Alcoolismo	DIA - Diabetes	GES - Gestação	MAL - Malaria	DEP - Desnutrição
CHA - Chagas	DME - Distúrbio Mental	HA - Hipertensão Arterial	TB - Tuberculose	OUTROS - Outros
DEF - Deficientes	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase	DST - Aids	



CADASTRO COMPLEMENTAR - CNS

8 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:											
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>											
5 - Nome da Mãe:											
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:	
/ /											
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:					
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:		15 - Data Emissão:	
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:	

9 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:											
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>											
5 - Nome da Mãe:											
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:	
/ /											
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:					
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:		15 - Data Emissão:	
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:	

10 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:											
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>											
5 - Nome da Mãe:											
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:	
/ /											
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:					
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:		15 - Data Emissão:	
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:	

11 DADOS DO USUÁRIO

1 - Nome do Usuário:											
2 - Alfabetização:				3 - Ocupação:				4 - Doença ou condição referida (Sigla)			
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>											
5 - Nome da Mãe:											
6 - Data do Nascimento:				7 - Município de Nascimento:				8 - UF:		9 - Sexo:	
/ /											
10 - Certidão Tipo:						11 - Nome do Cartório:					
12 - Livro:				13 - Fls.:				14 - Termo:		15 - Data Emissão:	
16 - nº Identidade:				17 - UF::		18 - Org. Em.:		19 - Data da Emissão:		20 - Nacionalidade:	

Manual - CNS - PSF

Campo 9 - Sexo:		Campo 10 - Certidão Tipo:			Campo 18 - Órgão Emissor:		
M - Masculino	F - Feminino	91 - Nascimento	92 - Casamento	93 - Separação / Divórcio	10 - Carteira Identidade SSP	40 - Carteira Identidade Militar	60 - Carteira Identidade Classista

SIGLAS PARA INDICAÇÃO DE DOENÇAS E CONDIÇÕES REFERIDAS

ALC. - Alcoolismo	DIA - Diabetes	GES - Gestação	MAL - Malaria	DEP - Desnutrição
CHA - Chagas	DME - Distúrbio Mental	HA - Hipertensão Arterial	TB - Tuberculose	OUTROS - Outros
DEF - Deficientes	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase	DST - Aids	