



## FICHA DE CADASTRO

### 1. Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_

CPI: \_\_\_\_\_ Doc. Identidade: \_\_\_\_\_

Cartão Nacional de Saúde: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Macro: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### 2. Identificação do Responsável

Nome: \_\_\_\_\_

CPI: \_\_\_\_\_ Doc. Identidade: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com o Paciente: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

### 3. Situação de Saúde do Paciente

Unidade de Saúde (PSF) Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome do técnico responsável: \_\_\_\_\_

Fumante ( ) Quanto tempo: \_\_\_\_\_

Não fumante ( ) Nunca fumou ( ) Fumou por quanto tempo: \_\_\_\_\_

Parou há quanto tempo: \_\_\_\_\_ Média de cigarros por dia: \_\_\_\_\_

### 4. Parecer da Situação

Fui, abaixo assinado(a), assumo a veracidade das informações acima descritas, com base em documentação apresentada, bem como das declarações recebidas do paciente, ou do responsável, que comigo assina e se identifica neste documento.

Local, data, telefone, assinatura e carimbo do técnico responsável:

Nome e assinatura do paciente e/ou responsável: