



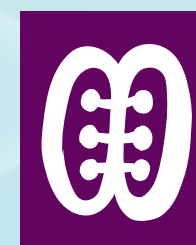
Você conhece o **Agente Comunitário de Saúde (ACS)?**

Olá, Estudante!

Queremos lhe apresentar um personagem importante, do Serviços de Saúde nos Municípios.

diase
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE DO ESTUDANTE

PROPÆ
Pró-Reitoria de
Políticas Afirmativas
e Estudantis



UNILAB
Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira



Agente comunitário de saúde (ACS) **Quem é esse profissional?**

Os ACS são profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), como parte das equipes e estratégias de atenção em saúde ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Eles desenvolvem ações importantíssimas de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Os ACS realizam visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento de gestantes, crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas em sofrimento psíquico/emocional, por exemplo, bem como, o cadastramento das famílias na UBS, através do preenchimento das fichas de Cadastro Individual e Cadastro Domiciliar.



The image shows a digital registration form titled "CADASTRO". It features several input fields: "NOME", "E-MAIL", "ENDEREÇO", "CIDADE", "CEP", "TELEFONE", and "SENHA". At the bottom right of the form, there are two buttons: "ENVIAR" (orange) and "CANCELAR" (white with orange border).

! alerta

Realizar o seu cadastro (preenchimento das fichas) e mantê-lo atualizado é importante para o agendamento de **consultas/procedimentos** e encaminhamentos às especialidades.

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					
Nº DO CARTÃO SUS		RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Nº DO CARTÃO SUS	
				DATA DE NASCIMENTO: / /	
NOME COMPLETO:*					
NOME SOCIAL: DATA DE NASCIMENTO:*/ /					
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino RAÇA/COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena Nº NIS (PIS/PASEP):					
NOME COMPLETO DA MÃE: <input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro				PAÍS DE NASCIMENTO:	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**				TELEFONE CELULAR: ()	
E-MAIL:					
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO	
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente					
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?				SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)				<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Moblra, etc) <input type="radio"/> Nenhum					
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL?					
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL(is)?		
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> 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					

e-SUS Atenção Básica		CADASTRO DOMICILIAR		DIGITADO POR:	DATA:	
				CONFERIDO:	FOLHA:	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*		Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*/ /	
ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA						
TIPO DE LOGRADOURO:		NOME DO LOGRADOURO:*		Nº:*		
COMPLEMENTO:				BAIRRO:*		
MUNICÍPIO:*			UF:*	CEP:*		
TELEFONES PARA CONTATO						
TELEFONE RESIDENCIAL: ()			TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()			
CONDIÇÕES DE MORADIA						
SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*				LOCALIZAÇÃO*		
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra				<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural		
TIPO DE DOMICÍLIO		EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra				
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro		<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a) / Meiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posselro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica				
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____						
TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO		MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO				
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro		Alvenaria/Tiplo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material Talpa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento				
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não						
ABASTECIMENTO DE ÁGUA			TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO			
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço / Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro			<input type="radio"/> Filtração <input type="radio"/> Fervura <input type="radio"/> Cloração <input type="radio"/> Sem Tratamento			
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO			DESTINO DO LIXO			
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma			<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/ Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro			
ANIMAIS NO DOMICÍLIO?						
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		QUAL(IS)?		Quantos: _____		
		<input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> De Criação (porco, galinha...) <input type="checkbox"/> Outros				
FAMÍLIAS						
Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	/ /	③②①②③④⑤	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	③②①②③④⑤	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	③②①②③④⑤	_____	_____	<input type="checkbox"/>
	_____	/ /	③②①②③④⑤	_____	_____	<input type="checkbox"/>
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR 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						
Legenda: <input type="checkbox"/> Opção de Múltipla Escolha <input type="radio"/> Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)						
* Campo Obrigatório						

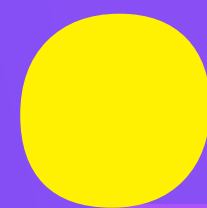
Conheça as fichas de cadastro

Como posso descobrir quem é o ACS da minha área?

No posto de saúde mais próximo à sua residência, você poderá buscar informações sobre quem é o profissional que atua no seu território (rua, região ou bairro).



alerta



Sempre que houver mudança de endereço, procure a unidade de saúde mais próxima da sua residência ou a Secretaria de Saúde do Município para informar a atualização.



O ACS é um contato importante entre quem busca atendimento em saúde e os demais profissionais da equipe de saúde dos postos (Unidades Básicas de Saúde)!

Ele pode oferecer orientações sobre:

- ◆ **Funcionamento da unidade e grupos comunitários**
- ◆ **Marcação de exames;**
- ◆ **Agendamento de consultas nos postos;**
- ◆ **Campanhas de vacinação;**
- ◆ **Ações de promoção e prevenção em saúde.**

**As formas de cuidados podem variar conforme localidade e equipe de saúde*

Lembrete importante!

Para uma estadia tranquila e facilidade para utilização de serviços públicos, bem como para o acesso aos serviços de saúde no país, procure manter consigo:

- ◆ Passaporte/RG
- ◆ CPF
- ◆ Cartão Nacional de Saúde (CNS)

O CNS, também chamado de Cartão SUS, é um documento pessoal que possibilita o acesso aos serviços públicos e gratuitos do Sistema Único de Saúde!

Para solicitar o seu CNS, procure a Secretaria Municipal de Saúde da cidade em que você está morando, levando com você:

- ◆ RG ou Passaporte
- ◆ Comprovante de endereço

**A emissão é gratuita*

Você que já fez o CNS, mas por motivo diverso o perdeu, pode pedir reimpressão na Secretaria Municipal de Saúde do Município onde mora.

Lembra-se que sempre que houver mudança de endereço, ainda que na mesma cidade, é importante procurar a Secretaria Municipal de Saúde para atualizar os dados do cadastro.

Dados de endereço e contato atualizados são necessários para agendamento de exames e encaminhamentos às especialidades, principalmente, para aquelas com fila de espera e realizados fora dos Municípios.

Receba, acolha e converse com o ACS da sua área ou bairro para tirar dúvidas e obter mais informações.



Desejamos a você ótimas vivências na universidade.

Divisão de Assistência à Saúde do Estudante (DIASE)

Telefone (Whatsapp): 3332-6262

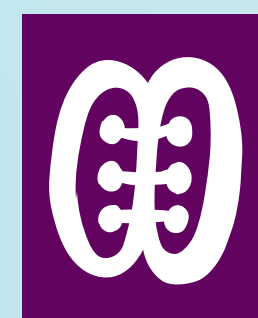
E-mail: atendimento.diase@unilab.edu.br

Local: Bloco administrativo 2 - Campus de Liberdade

Horário de atendimento: 8h30 às 16h

diase
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA
À SAÚDE DO ESTUDANTE

PROPÆE
Pró-Reitoria de
Políticas Afirmativas
e Estudantis



UNILAB
Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira