



MUNICÍPIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL  
ESTADO DE SÃO PAULO  
Fundo Municipal de Saúde



**NOME** \_\_\_\_\_  
**CARTÃO SUS** \_\_\_\_\_  
**AP** \_\_\_\_\_ Data de entrada no CAPS \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ UBS \_\_\_\_\_ Fones \_\_\_\_\_  
Endereço eletrônico \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Raça: ( ) branco ( ) pardo ( ) negro ( ) etnia indígena  
**RG** \_\_\_\_\_ **CIC** \_\_\_\_\_

**IDENTIDADE** Data de nasc \_\_\_\_\_ idade em 2021 \_\_\_\_\_  
Estado civil : ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a), Separado(a) ( ) Viúvo(a)  
( ) Companheiro(a) \_\_\_\_\_  
Há quanto tempo \_\_\_\_\_  
Filhos: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) F \_\_\_\_\_ ( ) EM \_\_\_\_\_ ( ) ES \_\_\_\_\_: área \_\_\_\_\_  
Profissão \_\_\_\_\_  
Trabalho ( ) SS ( ) SN ( ) NS ( ) NN  
Emprego(s) \_\_\_\_\_ Há qto tempo: \_\_\_\_\_  
Origem do Paciente: ( ) demanda espontânea ( ) outro CAPS ( ) atenção básica ( )  
Hospital Geral ( ) Serviço de Urgência ( ) Hospital Psiquiátrico ( ) outros

**FAMILIA** Composição na casa.  
( ) Companheiro(a), idade, sexo, profissão \_\_\_\_\_  
( ) pai, idade, prof \_\_\_\_\_  
( ) mãe, idade, prof \_\_\_\_\_  
( ) filhos (idade, sexo) \_\_\_\_\_  
( ) noras-genros (idade, sexo) \_\_\_\_\_  
( ) netos (idade, sexo, noras-genros idade, sexo, prof). \_\_\_\_\_  
( ) Outros. Identificar parentesco, idade, sexo, prof \_\_\_\_\_

Familiar ou pessoa de referencia: \_\_\_\_\_ telefone \_\_\_\_\_ contato \_\_\_\_\_

**SITUACAO FINANCEIRA** Renda familiar \_\_\_\_\_ per capita \_\_\_\_\_  
Benefícios: \_\_\_\_\_

**HISTORICO DE SAUDE MENTAL** Número de internações psiquiátricas \_\_\_\_\_  
Data da primeira internação \_\_\_\_\_ Idade do paciente \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_  
Data da última internação \_\_\_\_\_ Idade do paciente \_\_\_\_\_  
**CID** \_\_\_\_\_ Comorbidades \_\_\_\_\_  
Usuário de álcool e/ou outras drogas ( ) sim ( ) não ( ) álcool ( ) crack ( ) outras drogas

**Ds:** Déficits, Deficiências,  
( ) articulação da fala ( ) audição ( ) aparelho auditivo ( ) visão ( ) óculos  
( ) motores , identificar \_\_\_\_\_  
Dificuldades: ( ) comunicação ( ) socialização  
Outras \_\_\_\_\_  
**CID** \_\_\_\_\_  
**Ps:** Habilidades do paciente: \_\_\_\_\_

Participações comunitárias \_\_\_\_\_

Religião \_\_\_\_\_ ( ) sim ( ) não ( ) às vezes



**MUNICÍPIO DE ESPÍRITO SANTO DO PINHAL**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
**Fundo Municipal de Saúde**



PTS  
Relatos do Paciente  
Data: