



Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna

Avenida Lauro de Carvalho, 1215 - Centro - Tels. (19) 3837-2424 / 3837-2463 - Cep 13910-025 - Jaguariúna - SP

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTOS
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE.

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
4. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF
--------------------------------------	----------------------------------

9. Nome da Gestante	10. Data de Nascimento
---------------------	------------------------

11. Nome da Mãe da Gestante	12 Raça/cor
-----------------------------	-------------

13. Endereço Residencial

Número	Complemento	Bairro
--------	-------------	--------

Município	CEP	Telefone
-----------	-----	----------

PREENCHER COM APENAS UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS

14. Nº do Cartão SUS	15. Nº do CPF
----------------------	---------------

16. Certidão de Nascimento ou Casamento		
	Livro	Folha

17. Identidade	
Número	Orgão Emissor

18. Carteira de Trabalho		
Número	Série	UF

19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal	20. Data da Última Menstruação
--------------------------------------	--------------------------------

21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta da Pré-natal	22. Código Brasileiro Ocupacional (CBO) do responsável pela primeira consulta de Pré-natal
---	--

● Preencher no campo 22 o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
223505 - Enfermeira; 223116 - Médico do PSF/Comunitário 223545 - Enfermeira Obstetra;
223115 - Clínica Geral; 2235C1 - Enfermeira do PSF;
223132 - Ginecologia/Obstetria; 2235C2 - Enfermeira do PACS;

● No campo 12 a raça/cor, conforme a tabela:
1 - Branca; 4 - Parda;
2 - Preta; 5 - Indígena;
3 - Amarela;