

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

* = Campo de informação obrigatória

☐ = Campo de seleção única

☐ = Campo de múltipla seleção

Versão 3 - 24/09/2026 1/2

Nº da família:		Nº da criança:		Município:		Data: / /	
IDENTIFICAÇÃO							
1. Qual o nome completo da criança?*							
2. Qual o número do CPF da criança?				3. Qual a nacionalidade da criança?*			
				☐ Brasileiro(a) ☐ Outro. Qual?			
4. Qual o número de Identificação Social – NIS?				5. Qual o número do Cartão Nacional do SUS (CNS)?			
6. Qual o dia e horário do atendimento?*							
☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado Hora do atendimento: * :							
7. Qual a data de nascimento?*				8. Qual a idade?*			
/ /				Anos Meses			
9. Qual o sexo?*				10. Qual a raça / cor / etnia?*			
☐ Masculino ☐ Feminino				☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena			
11. A criança possui Registro Civil de Nascimento (RCN)?*				12. No RCN da criança consta o nome de ambos os pais?*			
☐ Sim ☐ Não				☐ Sim ☐ Não			
13. Qual a filiação, conforme RCN?							
Nome completo:							
Nome completo:							
14. A criança está sendo amamentada com leite humano?*							
☐ Sim, exclusivamente (a criança recebe só leite materno, sem água, chá, suco, outro leite ou alimento)							
☐ Sim, predominantemente (a criança recebe leite materno e água, chá ou suco, mas não recebe outros leites)							
☐ Sim, complementarmente (a criança recebe leite materno mas também recebe outros alimentos)							
☐ Não está sendo amamentada							
15. Até que idade a criança se alimentou de leite materno?*							
☐ 01 mês ☐ 02 meses ☐ 03 meses ☐ 04 meses ☐ 05 meses ☐ 06 meses ☐ Mais de 06 meses ☐ Nunca mamou ☐ Ainda está sendo amamentada							
16. A criança recebe Benefício de Prestação Continuada (BPC)?*							
☐ Sim ☐ Não							
DADOS DO(A) CUIDADOR(A)							
17. Qual o nome completo?*							
18. Possui nome social?*							
☐ Sim. Qual? ☐ Não							
19. Qual a função parental em relação à criança atendida?*							
☐ Mãe ☐ Padrasto ☐ Avó / Avô ☐ Tio / Tia ☐ Primo / Prima ☐ Vizinho(a)							
☐ Pai ☐ Madrasta ☐ Irmão / Irmã ☐ Integrante de família acolhedora ☐ Profissional de serviço de acolhimento ☐ Babá							
☐ Outro. Qual?							
20. Qual o sexo?*							
☐ Feminino ☐ Masculino							
21. Deseja informar orientação sexual?*							
☐ Sim ☐ Não							
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Homossexual Gay / Lésbica ☐ Bissexual ☐ Outra. Qual?							
22. Deseja informar identidade de gênero?*							
☐ Sim ☐ Não							
Se sim, qual? ☐ Mulher cisgênero ☐ Homem cisgênero ☐ Mulher transexual ☐ Homem transexual ☐ Travesti ☐ Outra. Qual?							
23. Grau de instrução do cuidador?*							
☐ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Superior incompleto							
☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Superior completo							
24. Estuda atualmente?*							
☐ Sim. Onde? ☐ Não							
25. Trabalha atualmente?*							
☐ Sim. Onde? ☐ Não							
26. Qual a Profissão / Ocupação?*							
Qual a carga horária semanal? *							
27. Qual o número do CPF?							
28. Tem alguma deficiência?*							
☐ Sim ☐ Não							
Se sim, qual? ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Intelectual / Cognitiva ☐ Física ☐ Outra. Qual?							
29. Caso o cuidador não seja a mãe, qual o grau de instrução da mãe da criança?							
☐ Não compreende o que lê (analfabetismo funcional) ☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Superior incompleto							
☐ Analfabeta ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Superior completo							
☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Não sabe informar							
DADOS DE SAÚDE (questões a seguir devem ser assinaladas conforme a Caderneta da Criança)							
30. A criança possui Caderneta da Criança do Ministério da Saúde ou outro documento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento?*							
☐ Sim – Caderneta da Criança ☐ Sim – Outro documento ☐ Só o cartão de vacinas ☐ Não							
31. Qual o tipo de parto?				32. Qual a idade gestacional de nascimento da criança?			
☐ Vaginal ☐ Fórceps ☐ Cesárea				Semanas Dias Nascimento prematuro? * ☐ Sim ☐ Não			
33. Apgar no 5º minuto?*		34. A criança realizou os seguintes triagens?*		35. Há registro de peso da criança na Caderneta da Criança?*			
☐ 1 ☐ 6 ☐ Não		Pezinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado		☐ Sim			
☐ 2 ☐ 7 Informado		Olhinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado		☐ Não			
☐ 3 ☐ 8		Coraçãozinho: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado		☐ Não tem informação sobre o peso			
☐ 4 ☐ 9		Agendado: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado					
☐ 5 ☐ 10		Orelhinha: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado					
		Linguinha: ☐ Sim ☐ Não ☐ Agendado					
36. Há registro de comprimento / altura da criança na Caderneta da Criança?*				37. O calendário de vacinação da criança está atualizado?*			
☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem informação sobre a altura				☐ Sim ☐ Não ☐ Não tem registro			

