



# **SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

**D I A G N Ó S T I C O**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ  
UNITAU

# SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

“Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.”

LEI ORGÂNICA DE  
SEGURANÇA ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL - LOSAN, 2006





# SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

“Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.”

LEI ORGÂNICA DE  
SEGURANÇA ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL - LOSAN, 2006

## DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL - DHAA

“Art. 2º - A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.”

# INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Falta de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente.



# EBIA

Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar (EBIA) é utilizada como medida direta da percepção da insegurança alimentar em nível domiciliar. Classifica a IA em 4 níveis:

Segurança Alimentar,  
IA Leve,  
IA Moderada  
IA Grave

## COMO AVALIAR A INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL?



# TRIA

Triagem para o Risco de Insegurança Alimentar, um instrumento usado para identificar famílias em risco de insegurança alimentar

# INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

## LEVE

Preocupação com o acesso aos alimentos no futuro ou quando a qualidade da alimentação é comprometida

## MODERADA

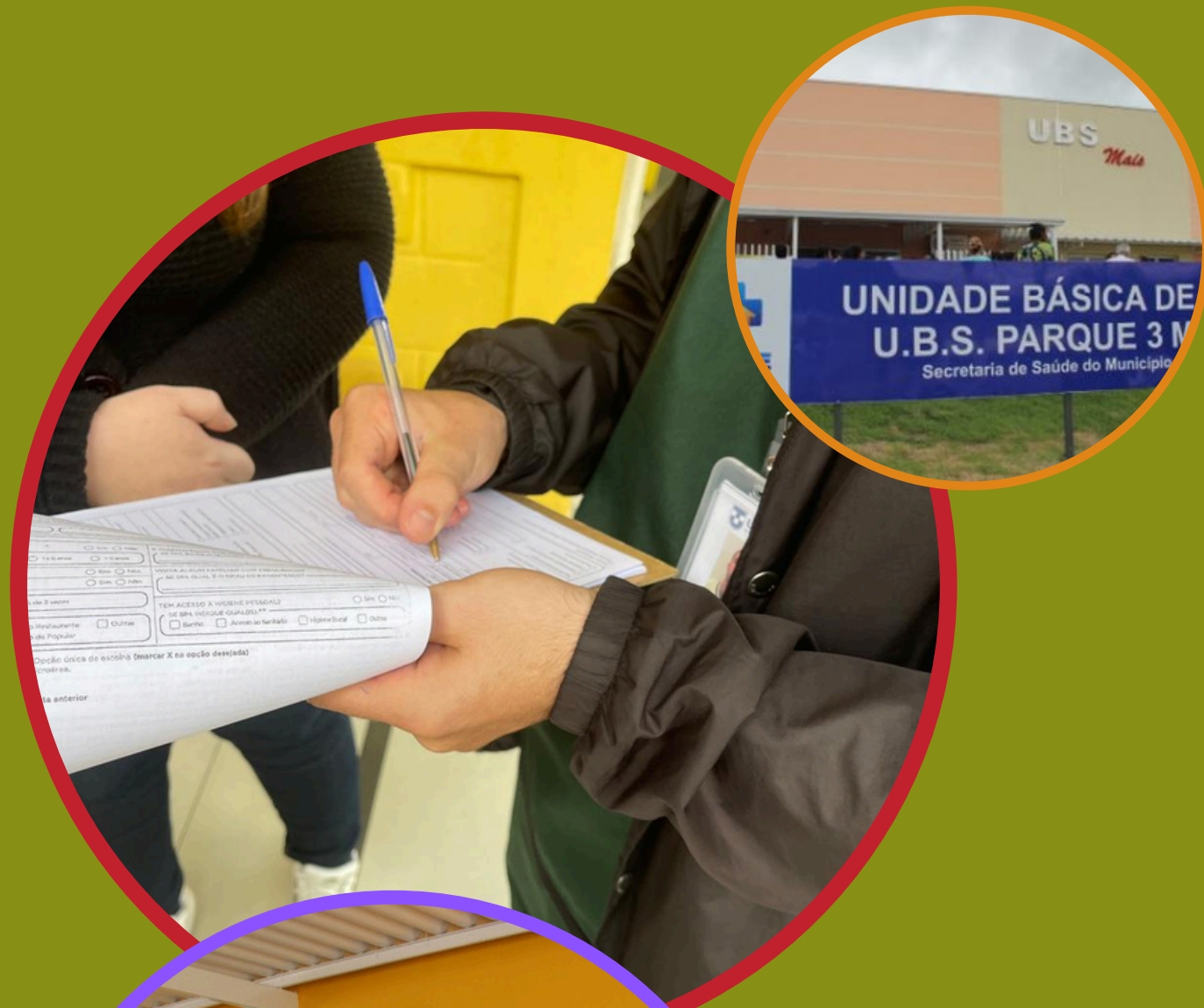
Restrição na quantidade de alimentos consumidos, ou seja, as pessoas estão comendo menos do que deveriam

## GRAVE

Privação no consumo de alimentos e fome



# SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM TAUBATÉ



ESTUDO SOBRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL NO MUNICIPIO

01

# O Estudo

- Parceria entre a Prefeitura de Taubaté e a Universidade de Taubaté - UNITAU
- Início 2024 (em andamento)
- **OBJETIVO:** Conhecer, analisar e divulgar a prevalência de segurança alimentar e nutricional da população taubateana.

Alessandra Lopez Rezende - Gestora de Segurança Alimentar e Nutricional – SEDIS

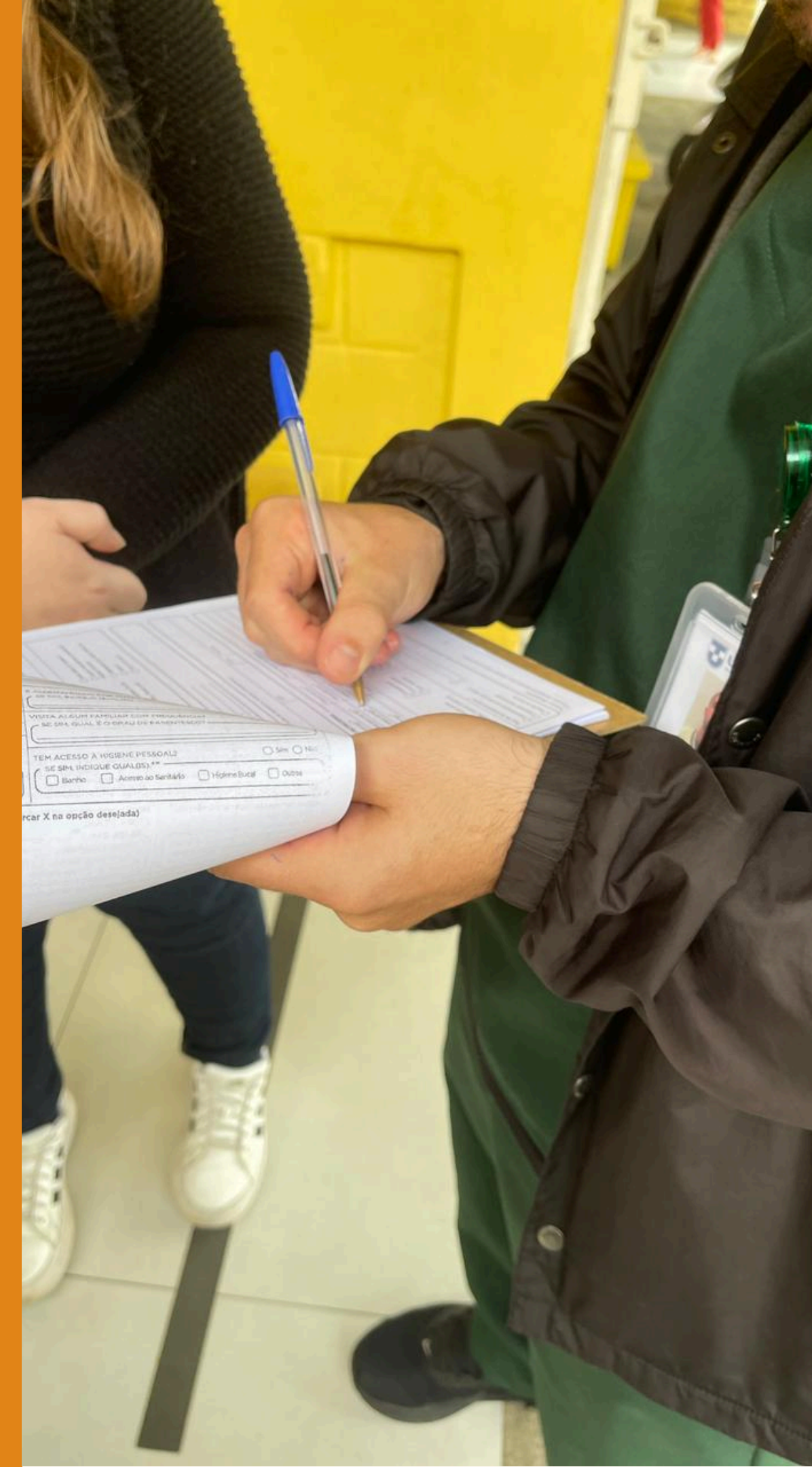
Amanda Caroline Leite Corrêa - Nutricionista da Coordenação da Atenção Primária à Saúde– SES

Prof. Dra. Alexandra Magna Rodrigues

Prof. Dra. Fabiola Figueiredo Nejar

Prof. Ms. Michele Gilaberte Ribeiro

Prof. Dr. Luiz Fernando Costa Nascimento

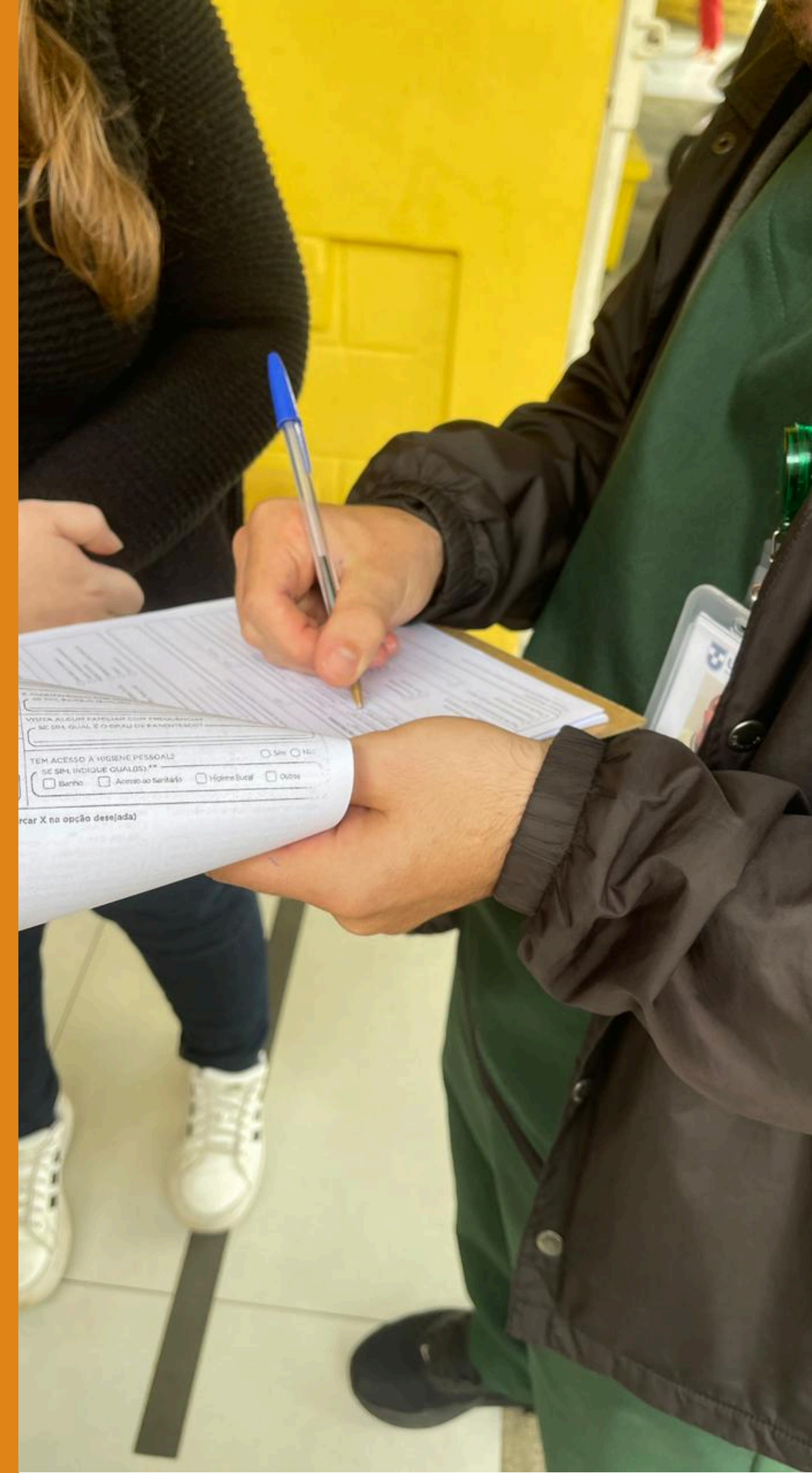




# O Estudo

## Objetivos específicos

1. Analisar a prevalência de segurança alimentar e graus de insegurança alimentar por região do município de Taubaté;
2. Analisar os determinantes sociais e econômicos relacionados da segurança alimentar e nutricional da população do estudo;
3. Apresentar os resultados encontrados sobre segurança alimentar em mapas utilizando aplicativo de geoprocessamento;
4. Fornecer subsídios cientificamente embasados aos gestores das políticas públicas setoriais para a implantação de serviços e estabelecimento de parcerias para soluções dos problemas encontrados.



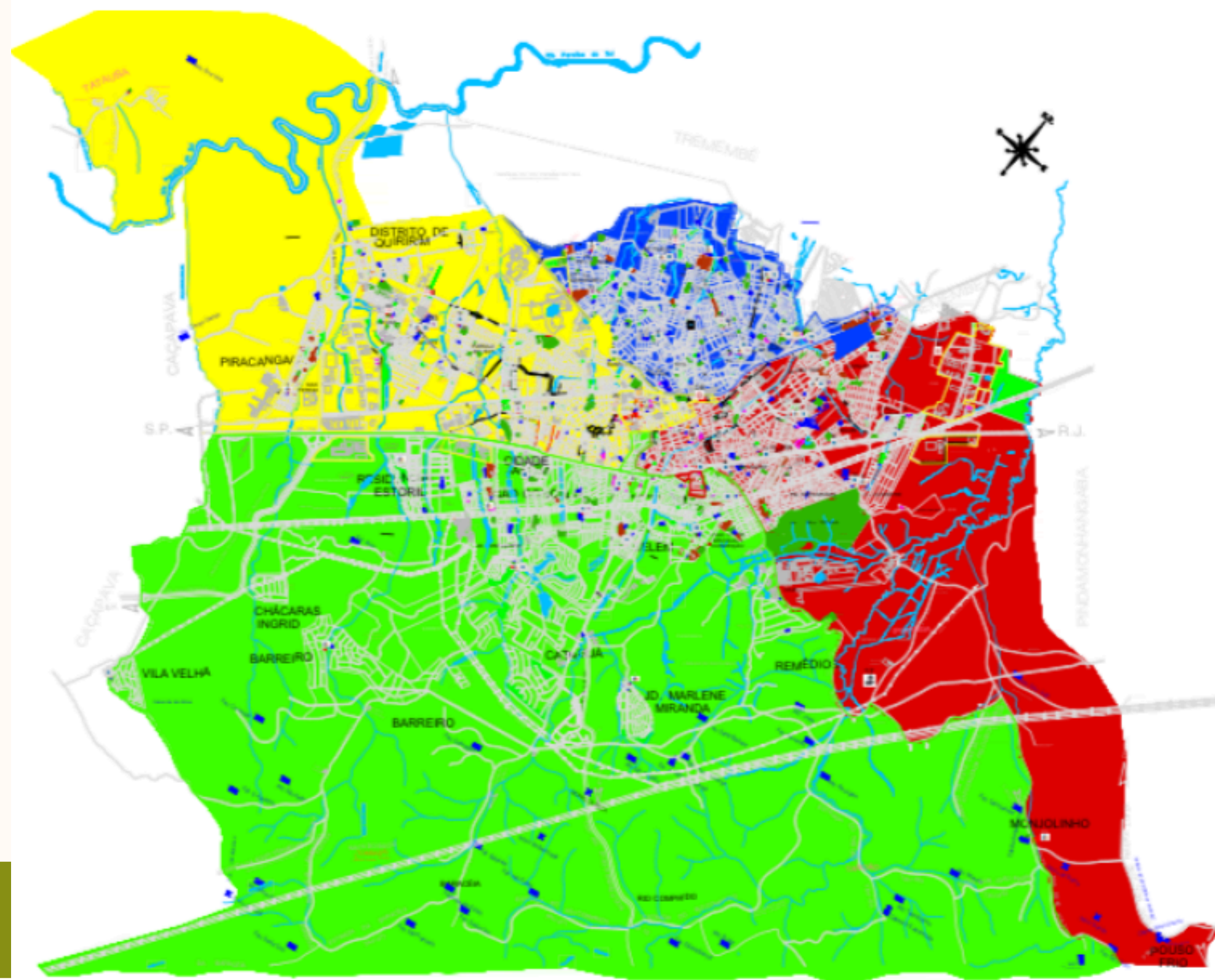


# O Estudo

## Coleta de dados

- Início: 11 de março de 2025
- Locais : UBS + Fazendinha  
UBS + Chácaras Reunidas Brasil  
UBS + Independência  
UBS + Mourisco

### Mapa de Regionalização - Taubaté

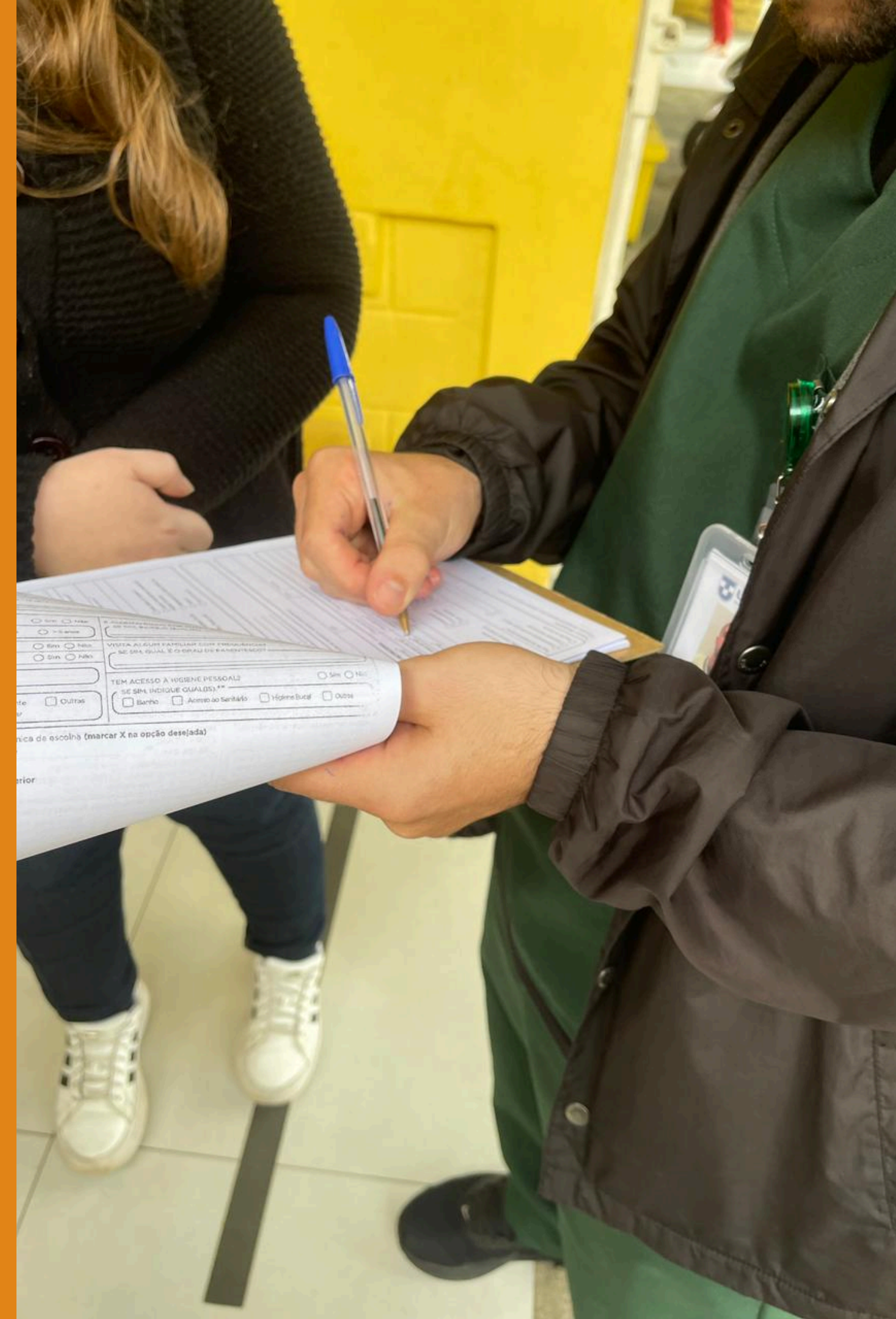




# O Estudo

## Resultados preliminares

- Questionários aplicados:
  1. Ficha e acompanhamento nutricional do SISVAN
  2. Marcadores de consumo alimentar
  3. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)







Usuário

Preenchimento obrigatório.

Senha

Preenchimento obrigatório.

Acessar

Sistema fornecido pelo  
Ministério da Saúde

Versão 5.3.33

[Termos de uso](#)[Descubra mais sobre o e-SUS APS e o PEC](#)

Fonte: Radilson Gomes, Ministério da Saúde.



## CADASTRO INDIVIDUAL

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL\*

CBO\*

CNES\*

INE\*

DATA\*

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO

CNS OU CPF DO CIDADÃO\*

CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?

CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

MICROÁREA\*

CPF

CNS

☐ Sim ☐ Não

CPF

CNS

☐ FA

NOME COMPLETO:\*

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO:\*

SEXO:\*

RAÇA/COR:\*

Etnia:\*\*

Nº NIS (PIS/PASEP)

NOME COMPLETO DA MÃE:\*

☐ Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:\*

☐ Desconhecido

NACIONALIDADE:\*

PAÍS DE NASCIMENTO:\*\*

DATA DE NATURALIZAÇÃO:\*\*

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:\*\*

MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\*

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:\*\*

TELEFONE CELULAR: ( )

E-MAIL:

## INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR

☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Entead(a) ☐ Neto(a)/Bisneto(a)☐ Pai/Mãe ☐ Sogro(a) ☐ Irmão/Irmã ☐ Genro/Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente

OCUPAÇÃO

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?\*

QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?

☐ Creche☐ Pré-escola (exceto CA)☐ Classe de Alfabetização - CA☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries☐ Ensino Fundamental Completo☐ Ensino Fundamental Especial☐ Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais

(Supletivo 1ª a 4ª)

☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)☐ Ensino Médio Especial☐ Ensino Médio EJA (Supletivo)☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado☐ Alfabetização para Adultos (Móbrai etc.)☐ Nenhum

SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

☐ Empregador☐ Assalariado com carteira de trabalho☐ Assalariado sem carteira de trabalho☐ Autônomo com previdência social☐ Autônomo sem previdência social☐ Aposentado/Pensionista☐ Desempregado☐ Não trabalha☐ Servidor público/militar☐ OutroCRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Sozinha ☐ Creche ☐ OutroFREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ NãoPARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ NãoPOSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ NãoÉ MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? ☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL?

DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?\*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? \*\*

☐ Heterossexual☐ Bissexual☐ Outro☐ Gay☐ Assexual☐ Pansexual

DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?\*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL? \*\*

☐ Homem cisgênero☐ Homem transgênero☐ Travesti☐ Não-Binário☐ Outro☐ Mulher cisgênero☐ Mulher transgênero☐ Outro

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?\*

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, QUAL(ES)?

☐ Auditiva☐ Visual☐ Intelectual/Cognitiva☐ Física☐ Outra

## INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES

QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☐ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS

ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☐ Sim ☐ Não

## SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO

☐ Mudança de território ☐ Óbito

SE ÓBITO, INDIQUE:

Data do óbito:\*\*

Número da DO:

## TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

## CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS

SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?

ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não

SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA?

☐ Abaixo do Peso☐ Peso Adequado☐ Acima do Peso

TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). \*\*

☐ Asma☐ DPOC/Enfisema☐ Outra☐ Não Sabe

ESTÁ FUMANTE?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ÁLCOOL?

☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE OUTRAS DROGAS?

☐ Sim ☐ Não

TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?

☐ Sim ☐ Não

TEM DIABETES?

☐ Sim ☐ Não

TEVE AVC/DERRAME?

☐ Sim ☐ Não

TEVE INFARTO?

☐ Sim ☐ Não

TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). \*\*

☐ Insuficiência Cardíaca☐ Outra☐ Não Sabe

TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). \*\*

☐ Insuficiência Renal☐ Outra☐ Não Sabe

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

1 - QUAL?

2 - QUAL?

3 - QUAL?

## CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?\*

☐ Sim ☐ Não

TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?

☐ < 6 meses☐ 6 a 12 meses☐ 1 a 5 anos☐ > 5 anos

É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES).

RECEBE ALGUM BENEFÍCIO?

☐ Sim ☐ Não

POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR?

☐ Sim ☐ Não

QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?

☐ 1 vez☐ 2 ou 3 vezes☐ mais de 3 vezes

QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?

☐ Restaurante Popular☐ Doação Restaurante☐ Outras☐ Doação Grupo Religioso☐ Doação de Popular

TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL?

☐ Sim ☐ Não

SE SIM, INDIQUE QUAL(ES). \*\*

☐ Banho☐ Acesso ao Sanitário☐ Higiene Bucal☐ OutrasLegenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior





## FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:	CBO:	CÓD. CNES UNIDADE:*	CÓD. EQUIPE (INE):	MICROÁREA:
_____	_____	_____	_____	_____
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:			LOCAL DE ATENDIMENTO: <sup>(1)</sup>	DATA:*
_____			_____	____/____/____

### CADASTRO DO INDIVÍDUO

Nº CARTÃO SUS:*	NIS (Nº Identificação Social):	Data de Nascimento:*
_____	_____	____/____/____
Nome completo:*		
_____		
Nome completo da mãe:*		
_____		
<input type="checkbox"/> Desconhecido		
Sexo:*	Raça / Cor:*	Povo / Comunidade tradicional: <sup>(2)</sup>
<input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	<input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena	_____
Nacionalidade:	País de Nascimento:	UF Nascimento:*
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira	_____	_____
Município Nascimento:*		
_____		
Frequenta ou frequentou escola ou creche?*		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?		
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móvel, etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	<input type="radio"/> Sem informação
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo		

### PROGRAMAS VINCULADOS

<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família	_____
<input type="checkbox"/> SISVAN	_____
<input type="checkbox"/> PSE	_____

### CADASTRO DE DOMICÍLIO

Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):			
_____			
Bairro:	CEP:	DDD:	Telefone:
_____	_____	_____	_____

### ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL

Criança < 10 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso ao nascer (em gramas):
_____	_____	_____
Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	
_____	_____	
Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da cintura (em cm):
_____	_____	_____
Idoso ≥ 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da panturrilha (em cm):
_____	_____	_____
Gestante (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso pré-gestacional (em kg):
_____	_____	_____
Doenças*		Deficiências e/ou intercorrências*
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Outras doenças	<input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		<input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais
Tipo de Acompanhamento*		Grupos
<input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica	<input type="radio"/> _____	<input type="checkbox"/> Hipertensos
<input type="radio"/> Chamada Nutricional	<input type="radio"/> _____	<input type="checkbox"/> Diabéticos
<input type="radio"/> Saúde na Escola		

\*Campo Obrigatório.

\*\*Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.



## MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

DATA:

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

### CNS DO CIDADÃO:\*

Nome do Cidadão:*	
_____	
Data de nascimento:*	Sexo:*
____/____/____	<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Local de Atendimento: _____	
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Mingau
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Suco de fruta	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Fruta	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Outros alimentos/bebidas	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?
	_____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?
	_____ <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:
	_____ <input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:
	Outro leite que não o leite do peito
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, brinjofeira, espinafre, mostarda)
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Fígado	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Feijão	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS**, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?
	_____ <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem, você consumiu:
	Feijão
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)
	_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	
_____ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\*Campo obrigatório

\*\*Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa



		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
NOME COMPLETO:*		DATA DE NASCIMENTO:*		SEXO:*(F)(M)	
RAÇA/COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:**		Nº NIS (PIS/PASEP)	

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		SE SIM, POR QUAL CAUSA?

## INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☐ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☐ Sim ☐ Não

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?			
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <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"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.)		
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral etc.)		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Nenhum		
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)			
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> 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 OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SE SIM, QUAL?			
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?*	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?*	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL? **	SE SIM, QUAL? **	SE SIM, QUAL(IS)?	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica	<input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero	<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva	
<input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual	<input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero	<input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra	
<input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não-Binário <input type="radio"/> Outro		

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)	
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?	NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO	
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da DO: -

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
Assinatura	

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL?	2 - QUAL?	3 - QUAL?

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?*	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?	
<input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?	
<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?	SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):**
<input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras
<input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

		CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?		CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	
		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
NOME COMPLETO:*		DATA DE NASCIMENTO:*		SEXO:*(F)(M)	
RAÇA/COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:**		Nº NIS (PIS/PASEP)	

## QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
		SE SIM, POR QUAL CAUSA?

## INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☒ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☒ Sim ☐ Não

FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?	
		<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbrai etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<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"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
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 OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL? ** <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outro		SE SIM, QUAL? ** <input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não-Binário <input type="radio"/> Outro	
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra	
INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)			
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO			
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito			
SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da DO: -			
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA			
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.			
Assinatura			

OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1 - QUAL?	2 - QUAL?	3 - QUAL?
CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos		
É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS).		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?		
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		
TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras		
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior



		<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>	
DIGITADO POR: _____		DATA: ____/____/____	
CONFERIDO POR: _____		FOLHA Nº: _____	
<b>CNS DO PROFISSIONAL*</b> _____	<b>CBO*</b> _____	<b>CNES*</b> _____	<b>INE*</b> _____
<b>DATA*</b> ____/____/____			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b>			
<b>CNS OU CPF DO CIDADÃO*</b> _____		<b>CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR</b> _____		<b>MICROÁREA*</b> <input type="checkbox"/> FA	
<b>NOME COMPLETO*</b> _____			
<b>NOME SOCIAL:</b> _____		<b>DATA DE NASCIMENTO*</b> ____/____/____	
<b>RAÇA/COR*</b> <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		<b>Etnia:**</b> _____	
<b>Nº NIS (PIS/PASEP)</b> _____			

<b>QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE</b>	
<b>CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b>	
SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? _____	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	
TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____	

## INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☒ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☒ Sim ☐ Não

<b>FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?</b>	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - 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"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico 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 (Móbrai etc.) <input type="radio"/> Nenhum	
<b>CRANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA?</b> <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		<b>SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO</b>	
<b>FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<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"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
<b>É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO?</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<b>DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<b>DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL? ** <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outro		SE SIM, QUAL? ** <input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero	
<b>TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva	
<b>INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS</b>			
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
<b>SAÍDA DO CIDADÃO DO TERITÓRIO</b> <input type="radio"/> Mudança de território			
<b>TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA</b>			
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento à minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.			
Assinatura _____			

**RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR**

 <b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>		DIGITADO POR: _____ DATA: ____/____/____
		CONFERIDO POR: _____ FOLHA Nº: _____

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-____	_____	_____	____/____/____

<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO</b> CNS OU CPF DO CIDADÃO* _____		CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	CNS OU CPF DO RESPONSÁVEL FAMILIAR _____	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO*: _____				
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO*: ____/____/____		SEXO*: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
RAÇA/COR*: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** _____	Nº NIS (PIS/PASEP) _____	

<b>QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE</b>	
<b>CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS</b> ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA? _____
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso	TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	TEVE ALGUMA INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

### INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☒ Sim ☐ Não

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☐ Sim ☒ Não

OU

### INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)

NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA?

☐ Sim ☒ Não

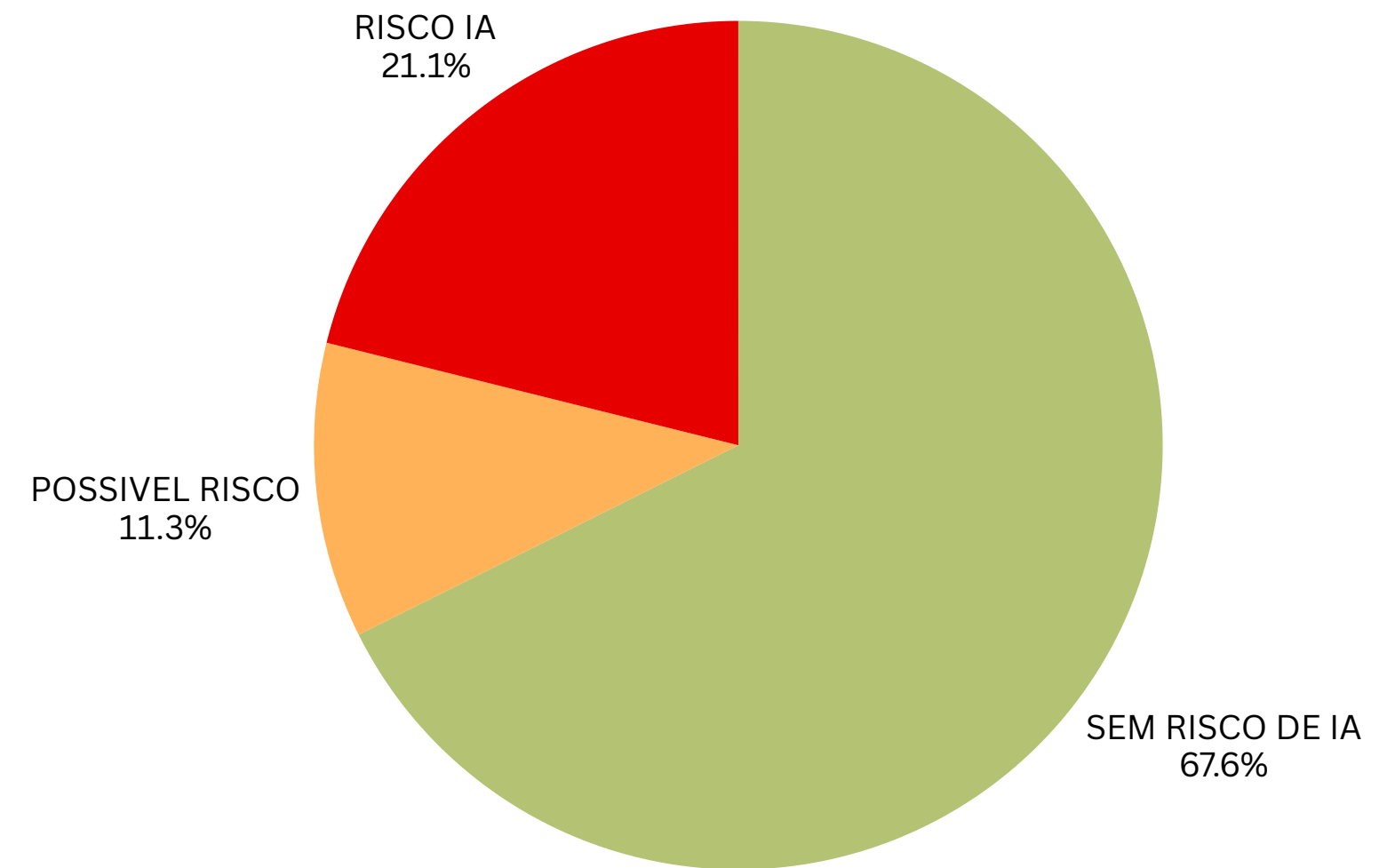
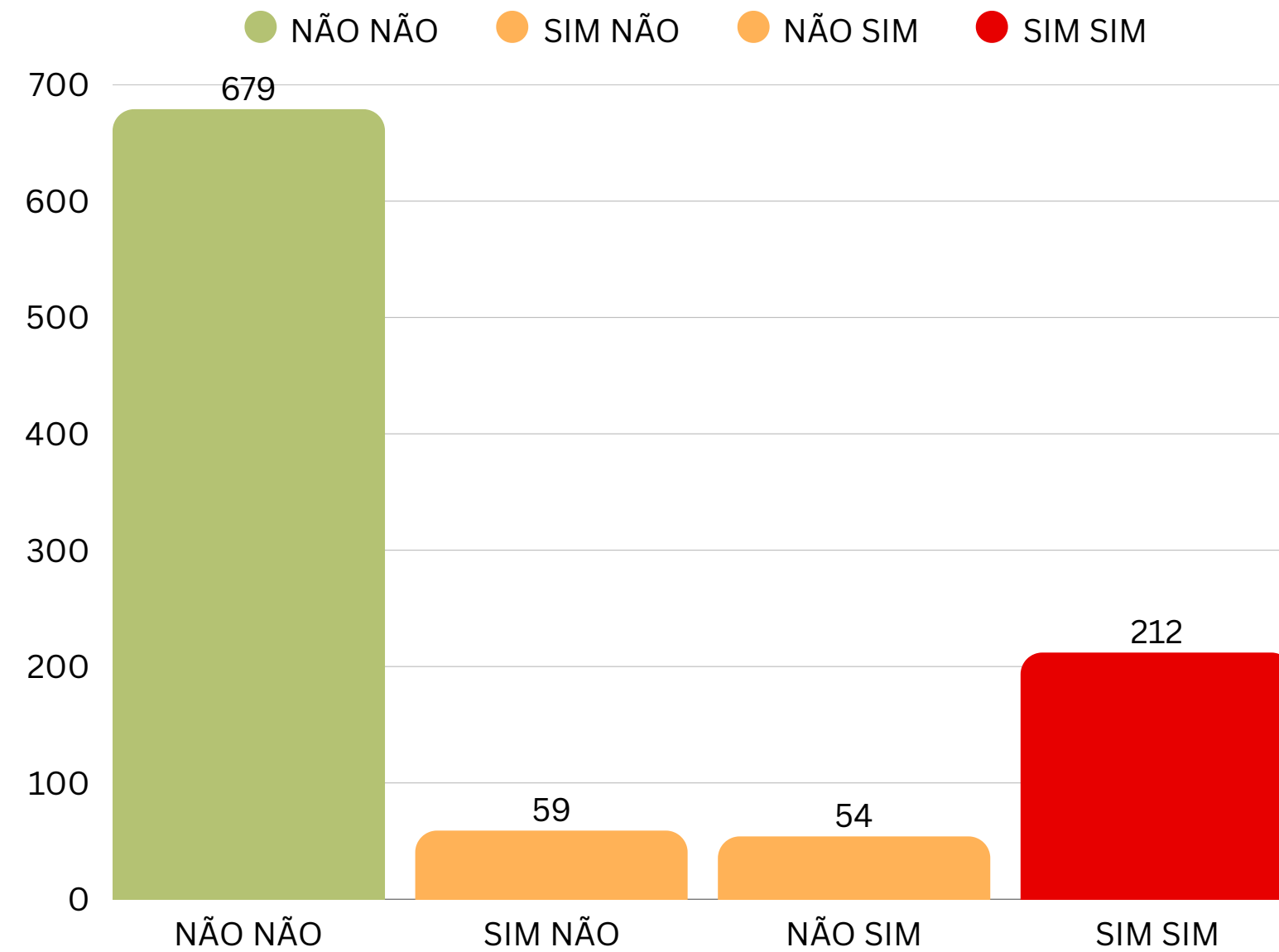
NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, VOCÊ COMEU APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHA, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?

☒ Sim ☐ Não

CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes
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 OU CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL? _____
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? ** <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Assexual <input type="radio"/> Pansexual <input type="radio"/> Outro	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? ** <input type="radio"/> Homem cisgênero <input type="radio"/> Mulher cisgênero <input type="radio"/> Homem transgênero <input type="radio"/> Mulher transgênero <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não-Binário <input type="radio"/> Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Outra
<b>INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS - TRIAGEM PARA RISCO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA)</b> NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE VOCÊ TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SAÍDA DO CIDADÃO <input type="radio"/> Mudança de endereço		
TERMO DE RESPONSABILIDADE Eu, _____, declaro que as informações acima são verdadeiras e corretas, sob pena de anulação do atendimento na unidade.		
Assinatura _____		

POSSÍVEL RISCO

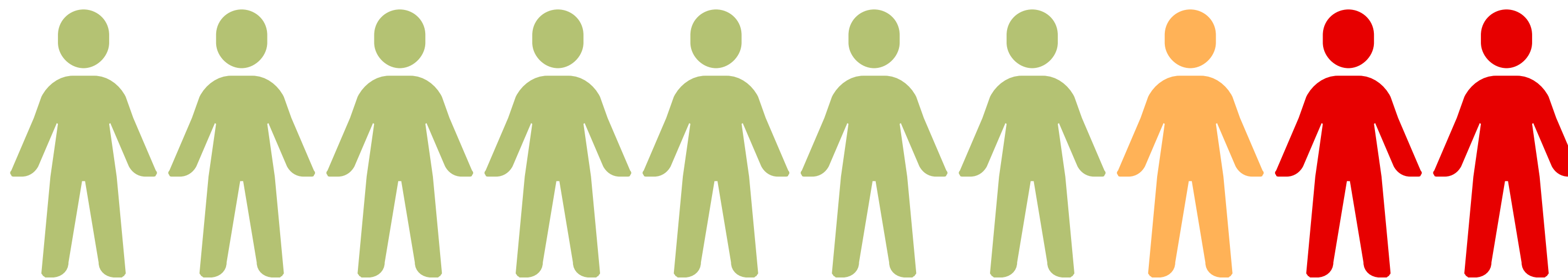
# Resultados preliminares



Nº total de pessoas entrevistadas até o momento: 1004

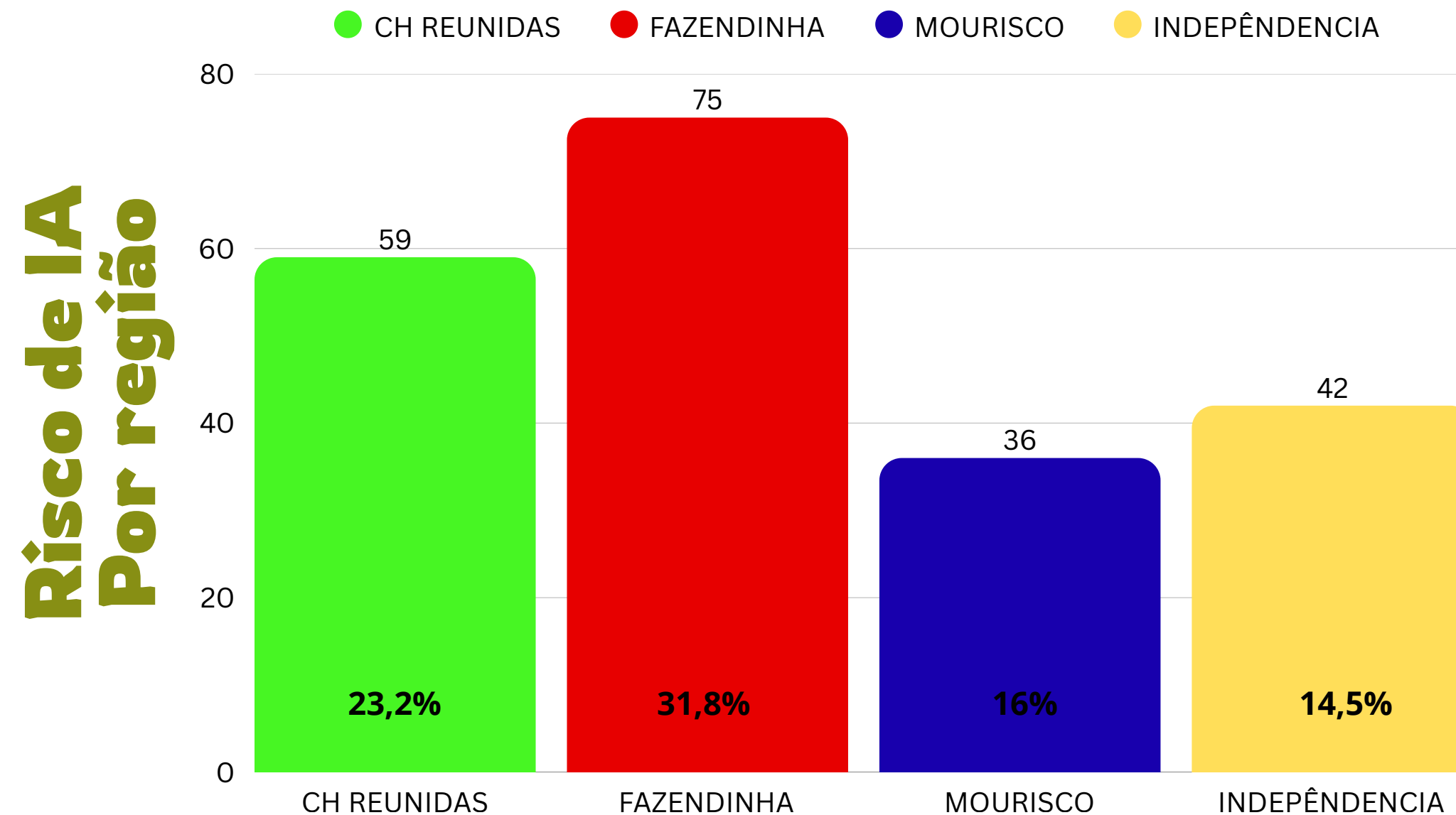


# Resultados preliminares



**A CADA 10 PESSOAS ENTREVISTADAS,  
02 APRESENTARAM RISCO DE  
INSEGURANÇA ALIMENTAR E 01 UM  
POSSÍVEL RISCO**

# Resultados preliminares



Nº total de pessoas entrevistadas até o momento por região:

Chácaras Reunidas: 254

Fazendinha: 236

Mourisco: 225

Independência: 289



# SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM TAUBATÉ

A POLÍTICA, AÇÕES, PROGRAMAS E  
PROJETOS DE SAN NO MUNICIPIO

02





# POLITICA DE SAN



## Prefeitura Municipal de Taubaté Estado de São Paulo

### DECRETO Nº 15605, DE 7 DE JULHO DE 2023

Convoca a 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Taubaté

ANTONIO SAUD JUNIOR, PREFEITO MUNICIPAL DE TAUBATÉ, no uso das atribuições legais e à vista dos elementos constantes do Memorando 11.434/2023,

#### RESOLUÇÃO:

Fica convocada a 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, a ser realizada das 8:00 às 14:00 horas, no dia 29 de Julho de 2023, no Auditório da Câmara Municipal, localizada na Rua Expedicionário Antônio de 225, Centro, Taubaté, tendo como tema central: “Segurança Alimentar e Nutricional: ações de combate à fome no município de Taubaté”, com os seguintes eixos temáticos:

- 1 – PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E ABASTECIMENTO
- 2 – EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL
- 3 – ACESSO E CONSUMO

**Art. 1º.** Caberá ao Poder Executivo garantir a estrutura de funcionamento da Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

A 1ª Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional terá como objetivo principal, buscar a participação da população, visando a elaboração do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, a ser encaminhado ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

**CONFERÊNCIA 2023  
CRIAÇÃO DA ASAN**

## Município de Taubaté - SP

<https://taubate.sp.gov.br/> | Av. Tiradentes, 520 – Centro | Tel.: (12) 3625-5000

### IMPrensa Oficial

Secretaria de Governo e Relações Institucionais



## Prefeitura Municipal de Taubaté Estado de São Paulo

### Lei Nº 6.007 DE 27 DE NOVEMBRO DE 2024

Autoria: Prefeito Municipal

Institui a Política Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Taubaté, estabelece os componentes municipais do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, criado pela Lei Federal nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, bem como fixa as diretrizes para o Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional.

#### O PREFEITO MUNICIPAL DE TAUBATÉ

FAZ SABER que a Câmara Municipal aprova e ele sanciona e promulga a seguinte Lei:

#### CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O poder público garantirá o direito à segurança alimentar e nutricional no Município, em conformidade com o disposto nesta Lei, observadas as normas do direito estadual, nacional e internacional.

Art. 2º A alimentação adequada é direito básico do ser humano, indispensável à realização dos seus direitos consagrados nas Constituições Federal e Estadual, cabendo ao Município, em conformidade com o disposto nesta Lei, observadas as normas do direito estadual, nacional e internacional.

**PMSAN**

## DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 17/01/2025 | Edição: 12 | Seção: 1 | Página: 171

Órgão: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome/Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome

### RESOLUÇÃO Nº 1, DE 14 DE JANEIRO DE 2025

Formaliza a adesão dos Municípios de Anhumas (SP), Ipuã (SP), Piedade (SP), Piracicaba (SP), Santa Rosa de Viterbo (SP) e Taubaté (SP) ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

A SECRETARIA EXTRAORDINÁRIA DE COMBATE À POBREZA E À FOME, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo Decreto nº 7.272, de 20 de maio de 2020, e tendo em vista o disposto no art. 13, inciso I, do Decreto nº 7.272, de 20 de maio de 2020, resolve, no âmbito da COMAR INTERMINISTERIAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, a seguinte:

**ADESÃO AO SISAN**



## Prefeitura Municipal de Taubaté Estado de São Paulo

### DECRETO Nº 16.043, DE 27 DE MARÇO DE 2025.

Dispõe sobre a regulamentação do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Taubaté.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TAUBATÉ DOUS SANTOS, no uso das atribuições, nos termos dos artigos 56, V, da Constituição Federal, e tendo em vista o disposto na Lei Municipal nº 6.007, de 27 de novembro de 2024,

#### DECRETA:



## Prefeitura Municipal de Taubaté Estado de São Paulo

### DECRETO Nº 16.048, DE 31 DE MARÇO DE 2025

Regulamenta a Câmara Intersecretarial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN do município de Taubaté, instituída pela Lei Municipal nº 6.007, de 27 de novembro de 2024.

SÉRGIO LUIZ VICTOR JUNIOR, PREFEITO MUNICIPAL DE TAUBATÉ, no uso das atribuições previstas no artigo 58, §1º, I, 'a', da Lei Orgânica do Município de Taubaté,

**DECRETOS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



Inclusão Social



**Programa Viva Leite**



**CARTÃO  
CESTA BÁSICA**  
PROGRAMA MESA TAUBATÉ

**Programa Mesa Taubaté**



**Projeto Cozinha Alimento**



**PROJETO  
COZINHA ALIMENTO**  
• Capacitação  
• Ação Social  
• Empreendedorismo  
• Geração de Renda



**Oficinas nos CRAS**  
(foto: CRAS SABARÁ)



**CRAS Belém: Rodas de  
conversa sobre a  
segurança alimentar e  
o acesso à alimentação  
como um direito.**  
- Abril/2025:  
reaproveitamento alimentar  
com cascas de maracujá.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES - Pontuais



Inclusão Social



**Oficina de  
Aproveitamento  
integral de alimentos  
(CRAS SÃO GONÇALO)**

**Evento: PLANTE FELICIDADE  
- Vivência da horta caseira  
pela Agricultura Natural  
(CRAS SABARÁ)**



CRAS – Projeto Esperança (Turma da manhã)  
2ª. feira 24/03/2025



ENVOLVIMENTO  
E PARTICIPAÇÃO!

CRAS – Projeto Esperança (Turma da Tarde)  
2ª. feira 24/03/2025

Transplante de mudas de alface na horta  
do CRAS/Parque Sabará (Taubaté/SP)  
e também em vasos, os quais as crianças  
levaram para cultivar em casa!



ALEGRIA

CURIOSIDADE



CUIDADO

APRENDIZADO  
&  
LEGADO POR UM  
MUNDO MELHOR!



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES





# PROJETOS E AÇÕES



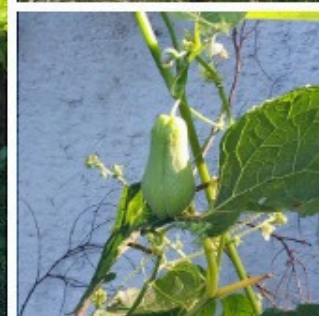
Meio Ambiente e  
Bem-estar Animal

## Compostagem



CRAS SABARÁ - COMPOSTAGEM

## Hortas educativas



Antiga Horta comunitária na  
esplanada Sta Terezinha

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



Meio Ambiente e  
Bem-estar Animal



FOTO ENVIADA POR UMA  
DAS ATENDIDAS COM  
ALIMENTOS PRODUZIDOS  
NO CRAS. 🌱🌱🌱



Horta Educativa Cras  
Sabará - 2023

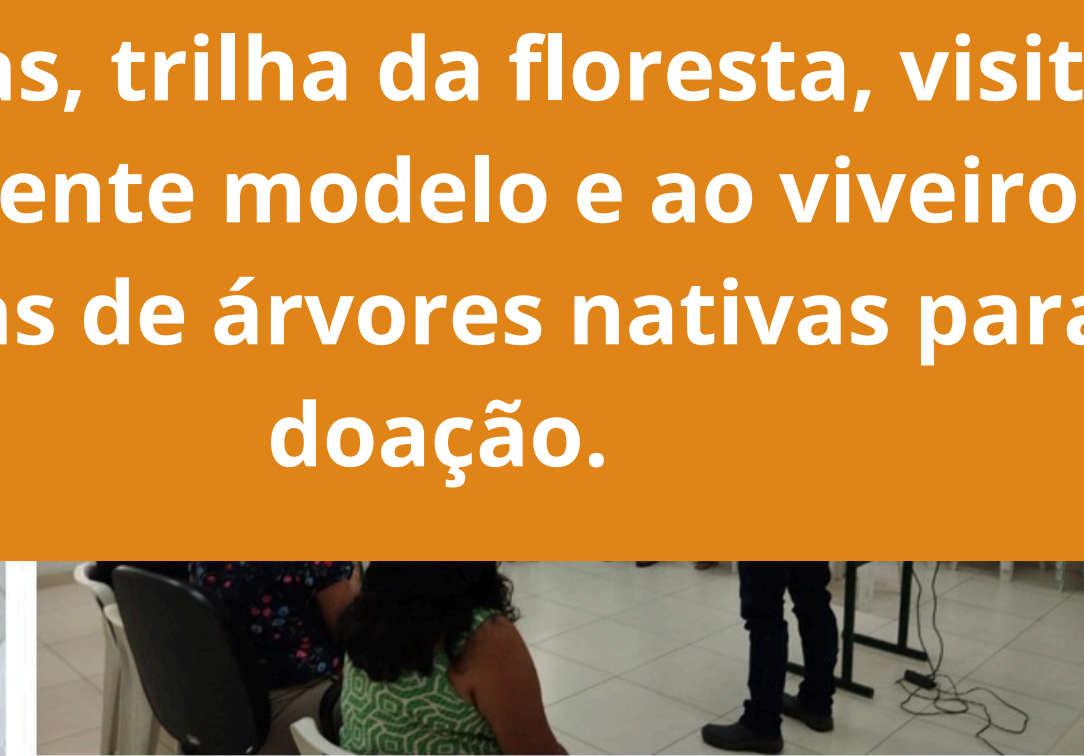
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ





Meio Ambiente e  
Bem-estar Animal

# PROJETOS E AÇÕES



Educação Ambiental no Itaim:  
Minhocário, compostagem,  
abelhas sem ferrão, pomar de  
nativas, trilha da floresta, visita  
nascente modelo e ao viveiro  
mudas de árvores nativas para  
doação.

FOTO ENVIADA POR UMA  
DAS ATENDIDAS COM  
ALIMENTOS PRODUZIDOS  
NO CRAS.

Horta Educativa Cras  
Sabará - 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



Saúde



**Programa Viva Leite**



**Aplicação do TRIA**

**Educação Alimentar e Nutricional**



**Programa Bolsa Família e SISVAN**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



Educação



**PNAE**



**Educação Alimentar e  
Nutricional**



**Hortas educativas**

**Escola do trabalho**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



Serviços Públicos



**Mercatau**



**Mercado Municipal**



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

FEIRAS ENTORNO DO  
MERCADO: SEXTAS, SÁBADOS E  
DOMINGOS



# PROJETOS E AÇÕES



Serviços Públicos



3 de out. de 2024 08:40  
67 Largo da Inconfidên  
Vila São Jo  
Tauba  
São Pa



**Feiras Livres**



## FEIRAS DE BAIROS

1. VILA APARECIDA
2. ESP. SANTA TEREZINHA
3. PARQUE TRÊS MARIAS
4. VILA SÃO JOSÉ
5. VILA SÃO GERALDO
6. CECAP
7. ESTIVA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



Desenvolvimento,  
Inovação e Turismo



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ

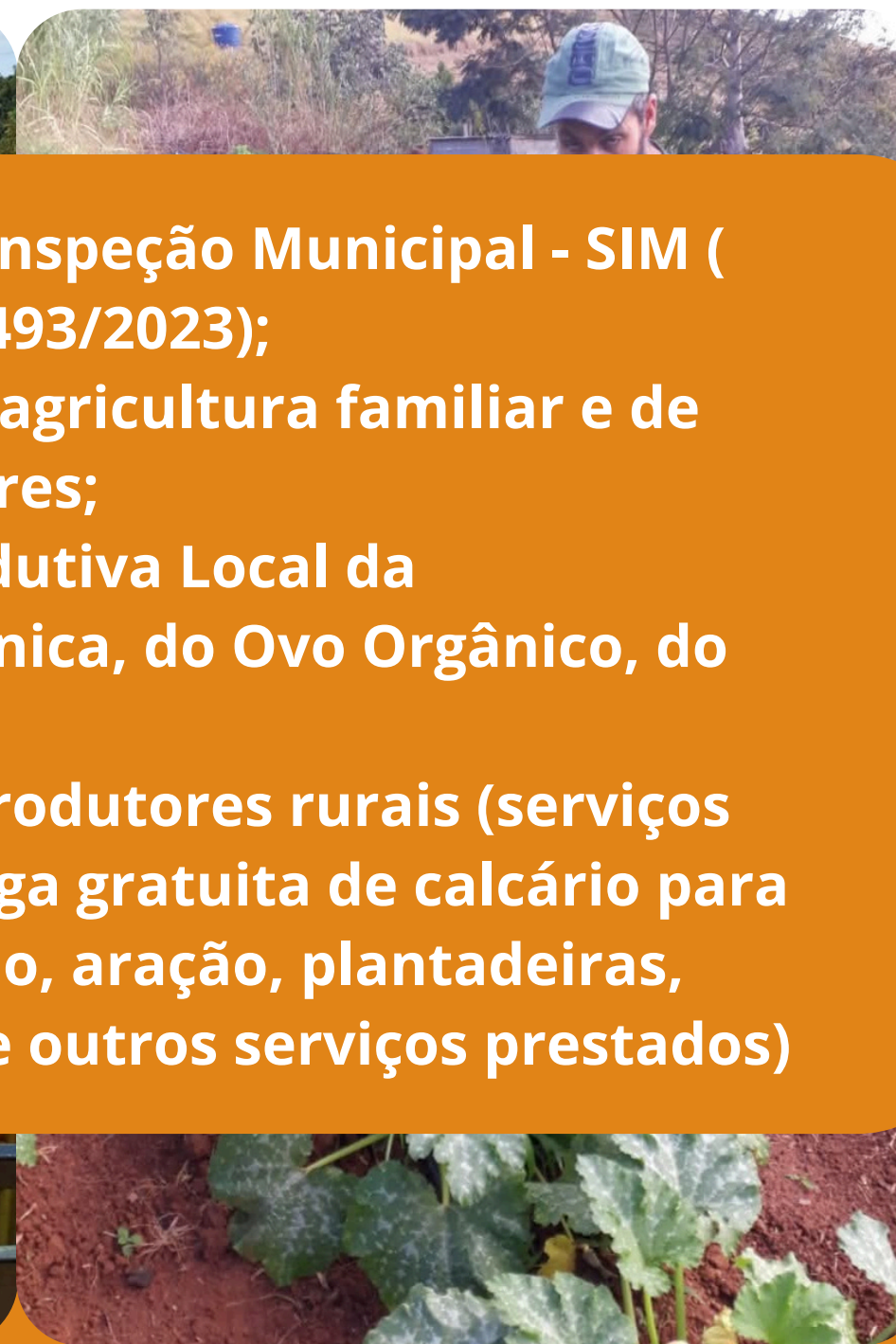
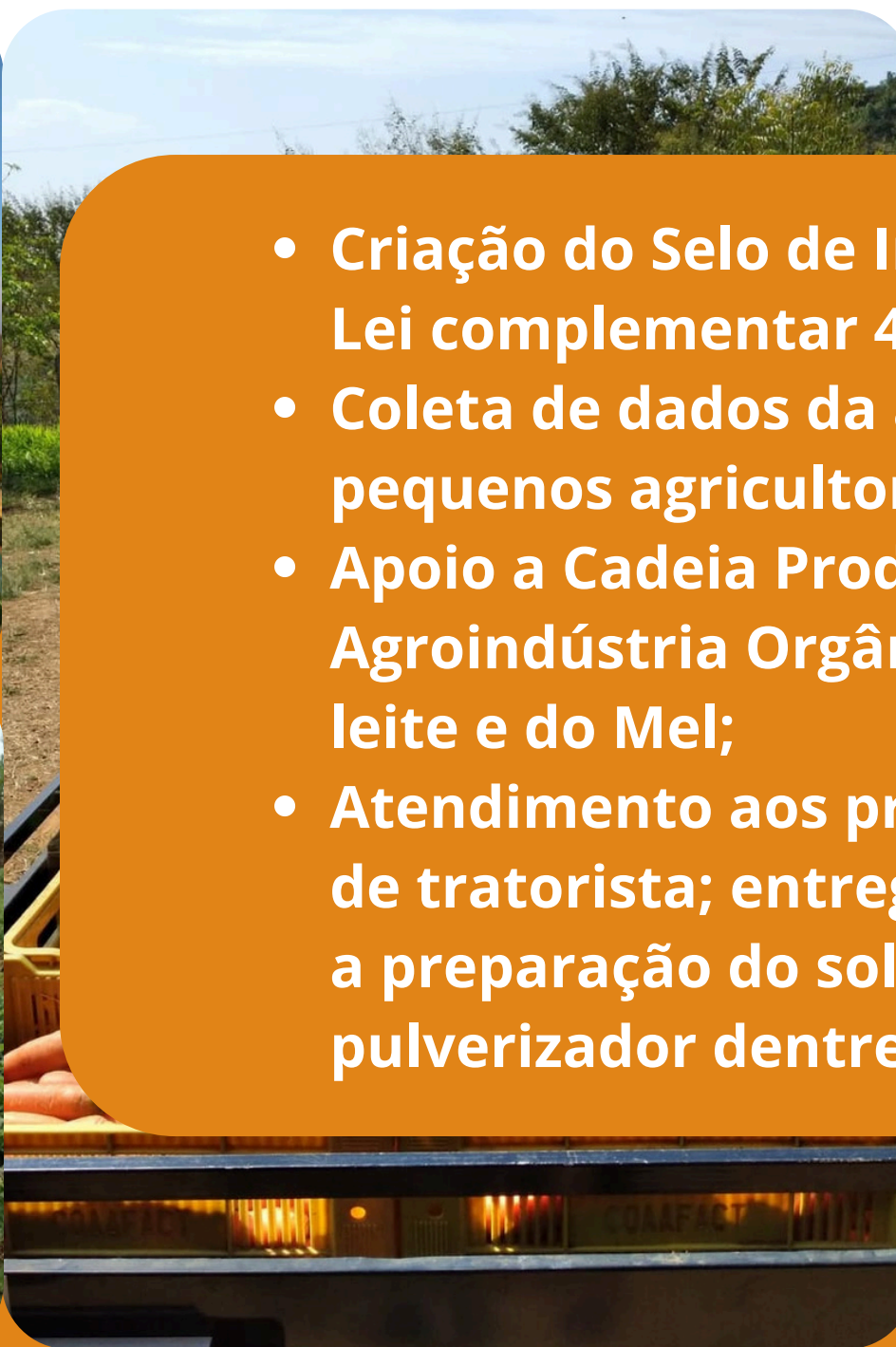
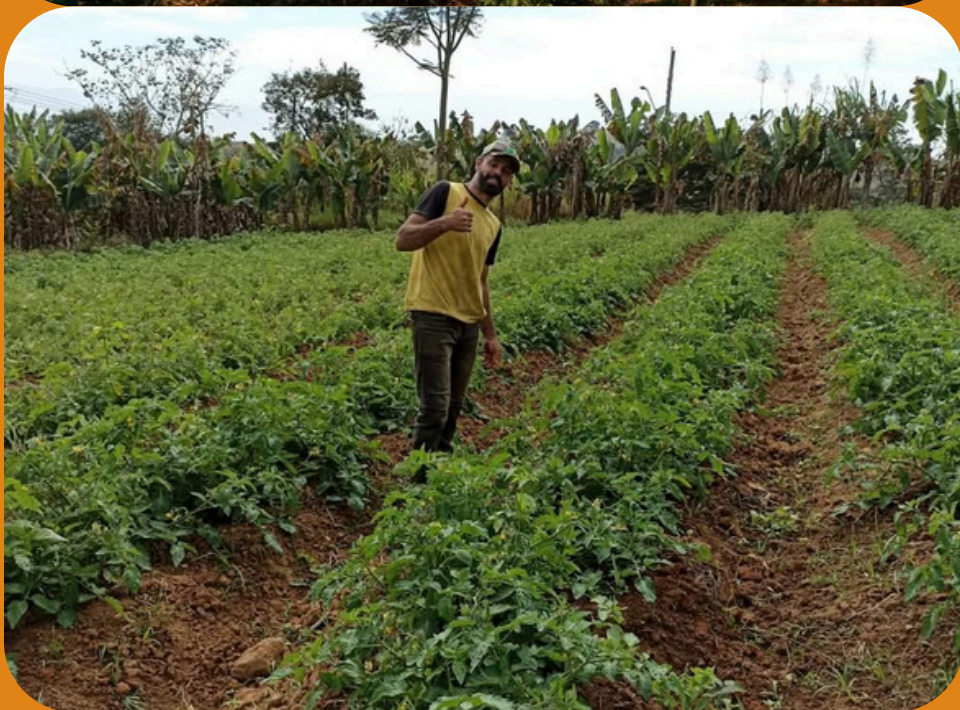


# PROJETOS E AÇÕES



Desenvolvimento,  
Inovação e Turismo

- Criação do Selo de Inspeção Municipal - SIM (Lei complementar 493/2023);
- Coleta de dados da agricultura familiar e de pequenos agricultores;
- Apoio a Cadeia Produtiva Local da Agroindústria Orgânica, do Ovo Orgânico, do leite e do Mel;
- Atendimento aos produtores rurais (serviços de tratorista; entrega gratuita de calcário para a preparação do solo, aração, plantadeiras, pulverizador dentre outros serviços prestados)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# PROJETOS E AÇÕES



PREFEITURA MUNICIPAL DE TAUBATÉ



# Futuro





# Próximos passos





# EIXOS PLAMSAN

ALIMENTO SEGURO



ACESSO À ALIMENTAÇÃO

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL



PRODUÇÃO DE ALIMENTOS



# Próximas Datas

## REUNIÕES CAISAN

TODA 2ª QUINTA-  
FEIRA DO MÊS,  
DIAS:

1.10/07  
2.14/08  
3.11/09  
4.09/10  
5.13/11  
6.11/12

## PUBLICAR O PLAMSAN

DEZ/ 2025

## ENTREGA DOS DOCUMENTOS PARA PERMANÊNCIA NO SISAN

14/JAN/2026



♡ OBRIGADA

