



Formulário de Cadastro de Usuário SUS

NOVEMBRO2025

CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário	Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
Nome Completo do Usuário - Civil*				
Nome Social				
Nome Completo da Mãe*				
Data de Nascimento*	Raça/cor* <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena	Sexo ao Nascimento <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo		
Identidade de Gênero*	Orientação Sexual* <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica			
UF de Nasc.*	Município de Nascimento*	País de Nascimento*	Nacionalidade*	
Situação do migrante: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente	País de Residência*	Habitante de fronteira* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
UF de Residência*	Município de Residência*			
Escolaridade* <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> Ignorado <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos	Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Pessoa privada de liberdade no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		
Permite Contato*	Tipo de Contato* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Telefone <input type="radio"/> Correio <input type="radio"/> E-mail <input type="radio"/> Visita Domiciliar <input type="radio"/> Contato com terceiros <input type="radio"/> Outros _____			
Assinatura _____ Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito à privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.				
Endereço:				
Bairro		CEP _____		
E-mail				
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular		Telefone para contato (DDD+Número)	Observações:	
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular		Telefone para contato (DDD+Número)		
Acompanhamento médico no momento: <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado				
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento				
Nome Completo da pessoa autorizada 1		CPF ou RG*		
Nome Completo da pessoa autorizada 2		CPF ou RG*		
Nome Completo da pessoa autorizada 3		CPF ou RG*		
Responsável pelo Preenchimento* Data: ____/____/_____ <hr/> (carimbo e assinatura)		Usuário SUS* Data: ____/____/_____ <hr/> (assinatura)		

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Os campos com asterisco (*) são de preenchimento obrigatório.
- As alternativas com ícone indicam que uma única resposta é possível.
- As alternativas com ícone indicam que mais de uma resposta é possível (múltipla escolha)

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

CPF: Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Esse item não será obrigatório para algumas exceções, que são: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena.

CNS - Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a). Caso o(a) usuário(a) SUS seja cadastrado no SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, o número do cartão do SUS virá preenchido automaticamente.

SINAN - Informar o número informado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.

Identificação preferencial do(a) usuário(a): Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).

Nome Completo do(a) Usuário(a) – Civil: Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem qualquer abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).

Nome social: De acordo com o decreto 8.727/2016, é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os(as) usuários(as) que possuírem nome social que divirja do nome de registro.

Nome Completo da Mãe (Na ausência da mãe, colocar o nome do pai ou responsável): Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação (preenchimento obrigatório).

Data de Nascimento: Informar a data de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Raça / Cor: Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida. (Preenchimento obrigatório).

Sexo ao nascimento: Marcar de acordo com documento de identificação do(a) usuário(a).

Identidade de Gênero: é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a). Campo obrigatório para pessoas com idade igual ou superior a 15 anos.

Orientação Sexual: É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a). Campo obrigatório para pessoas com idade igual ou superior a 15 anos.

Município de Nascimento (cidade/UF): Nome do município de nascimento e UF (preenchimento obrigatório).

País de Nascimento: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS (preenchimento obrigatório).

Situação do migrante: Informar se o usuário SUS é residente ou não residente. (preenchimento obrigatório).

País de Residência: Preencher somente quando a opção “**Não Residente**” estiver selecionada no campo Situação do Migrante. Indicar o país onde o(a) usuário(a) reside habitualmente.

Habitante de Fronteira: Marcar “Sim” quando o(a) usuário(a) residir em município localizado em área de fronteira internacional e houver trânsito regular entre países vizinhos para trabalho, estudo, serviços de saúde ou outras atividades cotidianas.

Escolaridade: Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar “1 a 3 anos de estudo concluídos”; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar “4 a 7 anos de estudo concluídos”; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar “8 a 11 anos de estudo concluídos”; ensino superior completo ou incompleto marcar “de 12 a mais anos de estudo concluídos”.

Pessoa em situação de rua no momento: Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.

Pessoa privada de liberdade no momento: Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade.

Permite contato: O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não vier para buscar os medicamentos em determinado mês, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, a farmácia) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.

Tipo de contato: Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas.

Campo Assinatura: A assinatura é obrigatória permitindo o contato ou não com o usuário.

Endereço: Refere-se ao endereço de residência do usuário - nome da rua, avenida, entre outros. Observar que as informações de endereços (exceto município) só deverão ser preenchidas caso o usuário autorize contato.

Bairro: Refere-se ao bairro de residência do(a) usuário(a).

CEP: Introduzir o Código de Endereço Postal correspondente ao endereço de residência do(a) usuário(a).

Município de Residência: Refere-se ao município, cidade de residência do(a) usuário(a).

E-mail: E-mail de contato do(a) usuário(a).

Tipo e Telefone (DDD + número): Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular. Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD. Poderão ser registrados mais de um número.

Observação: Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.

Acompanhamento Médico no momento: Para os(as) Usuário(as) SUS atendidos na rede pública, marque um “X” em **pública**, para aqueles(as) Usuário(as) SUS atendidos por médicos particulares, indique **privada**. (Preenchimento obrigatório).

Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento: O(a) Usuário(a) SUS, no ato do seu cadastramento, poderá indicar pessoas autorizadas a retirar medicamentos em seu nome, quando for necessário (no máximo 3 nomes).

Responsável pelo preenchimento: Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo de quem preencheu o formulário.

Usuário SUS: Informar a data do atendimento com assinatura do(a) Usuário(a) SUS.

Campo Assinatura: Assinatura do usuário.