

## Formulário de Cadastro de Usuário SUS

CPF* <input style="width: 95%;" type="text"/>	CNS – Cartão Nacional de Saúde <input style="width: 95%;" type="text"/>	SINAN <input style="width: 95%;" type="text"/>	Prontuário <input style="width: 95%;" type="text"/>
Nome Completo do Usuário - Civil* <input style="width: 95%;" type="text"/>			Identificação Preferencial do Usuário* <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social
Nome Social <input style="width: 95%;" type="text"/>			Data de Nascimento* <input style="width: 40%;" type="text"/> / <input style="width: 40%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>
Nome Completo da Mãe* <input style="width: 95%;" type="text"/>			Sexo* <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
Cidade de Nascimento(Cidade/UF)* <input style="width: 95%;" type="text"/>	País de Nascimento* <input style="width: 95%;" type="text"/>		Raça/cor* <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Ignorada
Nacionalidade* <input style="width: 95%;" type="text"/>	Situação do estrangeiro <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente		
Escolaridade* <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> Ignorado	<input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos	<input type="radio"/> De 8 a 11 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* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo de Contato* <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		<small>Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato.</small>	
Endereço:			
Bairro <input style="width: 95%;" type="text"/>			CEP <input style="width: 95%;" type="text"/>
Cidade de Residência(Cidade/UF)* <input style="width: 95%;" type="text"/>		E-mail <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	Telefone para contato (DDD+Número) <input style="width: 95%;" type="text"/>		Observações:
Tipo de telefone: <input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular	Telefone para contato (DDD+Número) <input style="width: 95%;" type="text"/>		
Acompanhamento médico no momento:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado			
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento			
Nome Completo da pessoa autorizada 1 <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Nome Completo da pessoa autorizada 2 <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Nome Completo da pessoa autorizada 3 <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Responsável pelo Preenchimento* Data: ___/___/___  _____ (carimbo e assinatura)		Usuário SUS* Data: ___/___/___  _____ (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)

JUL/2020

## 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.

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

**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 possuem 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).

**Cidade de Nascimento (cidade/UF):** Nome da cidade 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 Estrangeiro:** Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.

**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).

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

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

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

**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).

**Cidade 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.