

Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais

CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário
------	--------------------------------	-------	------------

Nome Completo do Usuário - Civil*

Nome Social

Nome Completo da Mãe (na ausência da mãe, colocar nome do pai ou responsável)*

Identificação Preferencial do Usuário*	Data de Nascimento*	Sexo*	Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*
--	---------------------	-------	----------------------------------

País de Nascimento*	Nacionalidade*	Raça/cor*
---------------------	----------------	-----------

Situação do estrangeiro	Escolaridade*	Pessoa privada de liberdade no momento*	Pessoa submetida à hemodialise no momento?*	Pessoa em situação de rua no momento*
-------------------------	---------------	---	---	---------------------------------------

Endereço:

Bairro	CEP
--------	-----

Cidade de Residência(Cidade/UF)*	E-mail
----------------------------------	--------

Tipo de telefone:	Telefone para contato (DDD+Número)	Observações:
-------------------	------------------------------------	--------------

Tipo de telefone:	Telefone para contato (DDD+Número)	Observações:
-------------------	------------------------------------	--------------

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*

<p>Responsável pelo Preenchimento*</p> <p>Data: _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(carimbo e assinatura)</p>	<p>Usuário SUS*</p> <p>Data: ___/___/___</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(assinatura)</p>
---	--