

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

### FORMULÁRIO DE CADASTRO DE USUÁRIO SUS – HEPATITES VIRAIS

#### 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)
- 
- O cadastro deve ser realizado na presença do paciente, ou seu responsável legal, ou representante designado por estes (mediante uma autorização simples - digitada ou redigida de próprio punho, com a assinatura do paciente ou seu responsável legal) (NT SMS.G nº04/2022)

Informar o número do CPF corretamente (preenchimento obrigatório). Não obrigatório para: estrangeiros; pessoa em situação de rua no momento; pessoa privada de liberdade no momento; indígena. Caso o(a) usuário(a), por motivo de roubo ou outro, esteja sem documentação, informar provisoriamente como Pessoa em situação de rua e colocar nas observações para correções posteriores

Preencher com número do cartão SUS

Preenchimento obrigatório para dispensação do medicamento nas unidades da rede municipal de saúde de São Paulo. **SINAN de Hepatite B ou C**

Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais			
CPF*	CNS – Cartão Nacional de Saúde	SINAN	Prontuário
Nome Completo do Usuário - Civil*			
Nome completo do(a) usuário(a) SUS, sem abreviação, conforme um documento de identidade oficial (preenchimento obrigatório).			
Nome Social			
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 nome do pai ou responsável)*			
Nome Completo da Mãe sem qualquer abreviação (preenchimento obrigatório)			

#### Próximos campos: todos obrigatórios

Identificação Preferencial do Usuário*	Data de Nascimento*	Sexo ao nascimento*	Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*
<input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social		<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	
Pais de Nascimento*	Nacionalidade*		Raça/cor*
			<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Indígena
Situação do estrangeiro	Escolaridade*	Pessoa privada de liberdade no momento*	Pessoa submetida à hemodiálise no momento?*
<input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente	<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"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não
		Pessoa em situação de rua momento*	<input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não

Pedir ao(à) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. Esta classificação deverá ser auto-referida

**Dados de contato do usuário:**

\*Não obrigatório, porém ressalta-se a importância do preenchimento, para posterior busca ativa, acompanhamento de tratamento, entre outras necessidades pela equipe de saúde.

Endereço:		
Bairro		CEP
Cidade de Residência(Cidade/UF)*		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)	Observações:

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

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*

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).

No caso de retirada por terceiros, o paciente ou pessoa autorizada a fazer a retirada dos medicamentos também devem realizar o preenchimento do "TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DE HEPATITES VIRAIS – RETIRADA POR TERCEIROS".

Responsável pelo Preenchimento* Data: __/__/__	Usuário SUS* Data: __/__/__
_____ (carimbo e assinatura)	_____ (assinatura)

Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo de quem preencheu o formulário

Informar a data do atendimento com assinatura/carimbo do(a) Usuário(a) SUS

- Apenas formulários de cadastro que contenham autorizações de representantes para retirada de medicamentos necessitam ser arquivados pelas farmácias, de forma digital e/ou impressa, disponíveis para conferência pelo prazo de 5 anos, podendo ser substituídos à medida que forem atualizados. Fica opcional o arquivamento dos formulários de cadastro que não contenham autorizações, uma vez que o registro no sistema de informação supre a necessidade (NT SMS.G n°04/2022)