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*  O Nome Civil O Nome Social  Data de Nascimento*  Sexo*  Feminino  Masculino  Cidade de Nascimento(Cidade/UF)*	
País de Nascimento*	Nacionalidade*  Raça/cor*  O Branca
Situação do estrangeiro Escolaridade*  O Residente  O Habitanto do fronteiro  De 1 a 3 anos De 8 a 11 anos	Pessoa privada de liberdade no momento*
○ Habitante de fronteira ○ Não residente ○ Ignorada	Pessoa em situação de rua momento*
Endereço:	
Bairro	CEP
Cidade de Residência(Cidade/UF)*  E-mail	
Tipo de telefone:  Residencial Comercial Celular Telefone para contato (DDD+Número) Observações:	
Tipo de telefone:  O Residencial O Comercial O Celular  Telefone para contato (DDD+Número)  Observações:	
Pessoas autorizadas a retirar o medicamento  Nome Completo da pessoa autorizada 1	CPF ou RG*
	OT FOURTH
Nome Completo da pessoa autorizada 2	CPF ou RG*
Nome Completo da pessoa autorizada 3 CPF ou RG*	
Responsável pelo Preenchimento*  Data://	Usuário SUS*  Data://
(carimbo e assinatura)	(assinatura)