



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE

Ofício SAU nº 48

06 de abril de 2022.

Prezado Senhor,

A Superintendência de Saúde e o Hospital Universitário visando a otimização do cadastro de dependentes de discentes no Hospital, estabelecem o seguinte fluxo a serem seguidos por todos os interessados.

Essa ação está de acordo com a Resolução nº 7043 de 17/03/2015. O acesso ao e-mail é privativo das Seções de Graduação e Pós-Graduação.

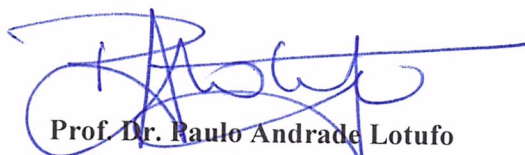
Agente	Ação
Discente	Entregar na seção de Graduação ou Pós-Graduação ficha de dependência e documentos: <ul style="list-style-type: none">• Cônjuge: um documento de identidade e a certidão de casamento;• Companheiro(a): um documento de identidade e uma Declaração de União Estável ou uma Declaração de Pacto de Convivência Marital registrada em Cartório de Títulos e Documentos (as Declarações deverão estar registradas em Cartório. As declarações em que somente conste o reconhecimento das firmas dos signatários não serão aceitas);• Filho solteiro, menor de 18 anos de idade: a certidão de nascimento ou um documento de identidade e uma declaração de estado civil.
Seção de Graduação ou Pós-Graduação	Enviar ficha cadastral e documentos anexos ao e-mail [REDACTED]
SAME HU	Cadastra o dependente e informa por e-mail o número de matrícula no HU
Seção de Graduação ou Pós-Graduação	Retorna a informação de matrícula ao discente.



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE**

Considerando o exposto, solicitamos seus préstimos na divulgação desse Ofício às Unidades de Ensino do Campus da Capital.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo
Superintendente de Saúde

Ilmo. Senhor
Prof. Dr. Aluisio Augusto Cotrim Segurado
Pró-Reitor de Graduação da
Universidade de São Paulo

c.c.

Ilmo Senhor
Prof. Dr. Marcio de Castro Silva Filho
Pró-Reitor de Pós-Graduação da
Universidade de São Paulo



CADASTRO HU

CADASTRO HU		
NOME:		Nº USP:
DATA DE NASCIMENTO:		
SEXO:		COR:
OCUPAÇÃO:		
PAÍS DE ORIGEM:	NATURALIDADE:	ESTADO:
PAI:		
MÃE:		
GRAU DE INSTRUÇÃO:		
ESTADO CIVIL:		
ENDEREÇO:		Nº:
COMPLEMENTO:	CIDADE:	CEP:
TELEFONE:		
R.G. Nº:		DATA DE EXPEDIÇÃO:
ÓRGÃO EMISSOR:		ESTADO EMISSOR:
CPF (OBRIGATÓRIO)		
SITUAÇÃO FAMILIAR/CONJUGAL:		
E-MAIL:		
CARTÃO NACIONAL SUS- CNS (OBRIGATÓRIO):		