



## 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.

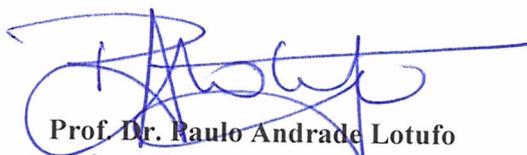
Agente	Ação
Discente	Entregar na seção de Graduação ou Pós-Graduação ficha de dependência e documentos: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Cônjuge:</b> um documento de identidade e a certidão de casamento;</li><li>• <b>Companheiro(a):</b> um documento de identidade e uma Declaração de União Estável 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);</li><li>• <b>Filho solteiro, menor de 18 anos de idade:</b> a certidão de nascimento ou um documento de identidade e uma declaração de estado civil.</li></ul>
Seção de Graduação ou Pós-Graduação	Enviar ficha cadastral e documentos anexos ao e-mail <a href="mailto:aluno-dep@hu.usp.br">aluno-dep@hu.usp.br</a>
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

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