



Check List para Solicitação de Medicamento

HEPATITE VIRAL B E COINFECÇÕES

| INÍCIO DE TRATAMENTO | | |
|---|-----|-----|
| CID-10: B16.0, B18.0 e B18.1 | | |
| Documentos Obrigatórios | Sim | Não |
| 1 - Formulário de Cadastro de Usuário SUS – Hepatites Virais | | |
| 2 - Formulário de Solicitação de Medicamento – Hepatite B com o Nº SINAN | | |
| 3 - Prescrição Médica (devidamente preenchida) | | |
| 4 - RG | | |
| 5 - CPF | | |
| 6 - Cartão do SUS | | |
| 7 - Comprovante de Residência | | |

| RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO | | |
|--|-----|-----|
| Documentos Obrigatórios | Sim | Não |
| 1 - Formulário de Solicitação de Medicamentos – Hepatite B | | |
| 2 - Prescrição Médica (devidamente preenchida) | | |

Conferido por: _____

Data ____/____/____