

**01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP**

SETEMBRO/2025

|                                   |                                       |   |  |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| CPF*                              | CNS – Cartão Nacional de Saúde        | Prontuário                              | Identificação Preferencial do Usuário* |
| Nome Completo do Usuário - Civil* |                                       |   |  |
| Nome Social                       |                                       |   |  |
| Nome Completo da Mãe*             |                                       |   |  |
| Data de Nascimento*               | Raça/cor*                             | Sexo atribuído ao Nascimento            |  |
| Identidade de Gênero*             |                                       | Orientação Sexual*                      |  |
| UF de Nasc.*                      | Município de Nascimento*              | País de Nascimento*                     | Nacionalidade*                         |
| 16 - Situação do migrante:        | 17 - Habitante de fronteira*          | 18 - UF de Residência*                  | 19 - Município de Residência*          |
| 20 - Escolaridade*                | Pessoa em situação de rua no momento* | Pessoa privada de liberdade no momento* |  |

|   |                  |
|---|------------------|
| Permite Contato*  | Tipo de Contato* |
| <hr/>   |                  |
| Assinatura  |                  |
| Caso não compareça ao tratamento nas datas agendadas, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações. Somente preencher os dados de endereço se o usuário autorizar o contato. |                  |

|                                     |                                    |              |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------|
| Endereço:                           |                                    |              |
| Bairro                              | CEP                                |              |
| Município de Residência(Cidade/UF)* | E-mail                             |              |
| Tipo de telefone:                   | Telefone para contato (DDD+Número) | Observações: |
| Tipo de telefone:                   | Telefone para contato (DDD+Número) |              |

|                                    |
|------------------------------------|
| Acompanhamento médico no momento:* |
|------------------------------------|

|   |            |
|---|------------|
| 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* |

|  |   |
|--|---|
| Responsável pelo Preenchimento*<br>Data: __/__/____<br><hr/><br>(carimbo e assinatura) | Usuário SUS*<br>Data: __/__/____<br><hr/><br>(assinatura) |
|--|---|

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

- 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).

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

- 1. CPF:** O preenchimento do CPF é obrigatório, salvo nas situações: Nacionalidade diferente de brasileira, raça/cor Indígena, pessoa em situação de rua no momento e pessoa privada de liberdade no momento(**preenchimento obrigatório**).
- 2. CNS - Cartão Nacional de Saúde:** Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).
- 3. Prontuário:** Número do prontuário do usuário utilizado pelo serviço de saúde, se houver.
- 4. Identificação Preferencial do Usuário:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Selecionar a opção que o usuário prefere ser chamado: se pelo nome de registro civil ao nascer ou se pelo nome social. **Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório)**.
- 5. Nome Completo do Usuário - Civil:** Preencher o nome exatamente como consta no documento de identidade, sem abreviações (**preenchimento obrigatório**).
- 6. Nome Social:** De acordo com o decreto 8.727/2016, nome social é a designação pela qual a pessoa travesti ou transexual se identifica e é socialmente reconhecida. Preencher apenas para os candidatos à PrEP que possuem nome social que divirja do nome de registro.
- 7. Nome Completo da Mãe:** Preencher o nome da mãe do(a) usuário(a) exatamente como consta em seu documento de identidade, sem abreviações(**preenchimento obrigatório**).
- 8. Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento do(a) usuário(a) (dd/mm/AAAA)(**preenchimento obrigatório**).
- 9. Raça/cor:** Pedir ao(à) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser autorreferida(**preenchimento obrigatório**).
- 10. Sexo atribuído ao Nascimento:** Corresponde ao sexo que foi atribuído ao indivíduo no momento do nascimento, baseado nas características biológicas que a pessoa tem ao nascer, e nas características sexuais primárias. **Feminino:** pessoas que nasceram com vulva. **Masculino:** pessoas que nasceram com pênis. **Intersexo:** pessoas com variação de características sexuais que não permitem a identificação isolada como feminino ou masculino. Por exemplo, uma pessoa pode nascer com uma genitália que aparenta estar entre o que é usualmente considerado um pênis e uma vagina. Ou a pessoa pode ter nascido com um mosaico genético, onde parte das células possui cromossomo XX e outra parte possui cromossomo XY. **A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a)(preenchimento obrigatório)**.
- 11. Identidade de Gênero:** É a percepção que uma pessoa tem de si, independentemente de seu órgão genital de nascimento ou de sua orientação sexual. **Pessoas cisgêneras:** cuja identidade de gênero corresponde ao sexo que lhes foi atribuído no momento do nascimento. **Pessoas transgêneras/pessoas transexuais ou Travestis:** cuja identidade de gênero não corresponde ao sexo que lhes foi atribuído no momento do nascimento. Essas pessoas podem ou não modificar sua aparência ou função corporal, por meios de procedimentos médicos, cirúrgicos ou outros. **Pessoas não binárias:** não se percebem como pertencentes a um gênero exclusivamente, não se limitando ao masculino ou feminino, ou não se percebendo como pertencentes a qualquer tipo de gênero. **A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a)(preenchimento obrigatório)**.
- 12. Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente. **Heterossexual:** Atração por pessoas do gênero diferente. **Homossexual/Gay/Lésbica:** Atração por pessoas do mesmo gênero. **Bissexual:** Atração por ambos os gêneros. **A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a)(preenchimento obrigatório)**.
- 13. UF de nascimento:** Unidade da Federação de nascimento do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se o País de Nascimento não for o Brasil(**preenchimento obrigatório**).
- 14. Município de Nascimento:** Informar a cidade de nascimento do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se o País de Nascimento não for o Brasil(**preenchimento obrigatório**).
- 15. País de Nascimento:** Informar o país de nascimento do(a) usuário(a) SUS(**preenchimento obrigatório**).
- Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. Situação de rua é a inexistência de moradia convencional regular, e utilização de lugares público e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória(**preenchimento obrigatório**).
- 16. Nacionalidade:** Informar a nacionalidade do CPF do(a) usuário(a) SUS. É possível que a pessoa tenha nascido em um país, mas tenha outra nacionalidade(**preenchimento obrigatório**).
- 17. Situação do Migrante:** Preenchimento obrigatório caso a nacionalidade não seja 'brasileira'. Informar se o(a) estrangeiro(a) reside ou não no Brasil.
- 18. Habitante de fronteira:** Informar se o(a) usuário(a) mora em município no Brasil que faz fronteira com outro país. Ou se for estrangeiro não residente e morar em município de outro país que faz fronteira com o Brasil.
- 19. UF de Residência:** Unidade da Federação (Estado) da residência do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se Q17 = Não Residente (**preenchimento obrigatório**).
- 20. Município de Residência:** Informar o município (cidade) de residência do(a) usuário(a) SUS. Não obrigatório apenas se Q17 = Não Residente(**preenchimento obrigatório**).
- 21. Escolaridade:** Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. **1 a 3 anos:** Até 3ª série do ensino fundamental; **4 a 7 anos:** Da 4ª a 7ª série do ensino fundamental; **8 a 11 anos:** Ensino fundamental completo ou ensino médio; **12 a mais anos:** Ensino superior completo ou incompleto(**preenchimento obrigatório**).
- 22. Pessoa em situação de rua no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.(**preenchimento obrigatório**).
- 23. Pessoa privada de liberdade no momento:** Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade, que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança(**preenchimento obrigatório**).
- 24. Permite contato:** O preenchimento deste campo é obrigatório e requer atenção especial dos profissionais. O profissional deverá perguntar ao usuário se ele permite que o serviço entre em contato com ele em caso de necessidade; por exemplo, se ele não vier para buscar os medicamentos em determinado mês, ou se o serviço necessitar mudar data de agendamento. Além de uma autorização de contato, implica também na assunção de compromisso ético dos profissionais. Através desta permissão, os profissionais da farmácia comprometem-se a fazer uso cauteloso das informações prestadas, sempre visando resguardar ao máximo o sigilo e confidencialidade das informações. Na prática isto significa, por exemplo, não identificar o remetente (no caso, a farmácia) nas correspondências enviadas e respeitar estritamente a forma de contato que o usuário autorizou. Com isso, o que se busca é evitar qualquer impacto social negativo que possa advir da realização deste procedimento.
- 25. Tipo de contato:** Caso o usuário autorize o contato do serviço, deverão ser registradas as formas de contato por ele autorizadas.  
**Campo Assinatura:** A assinatura é obrigatória permitindo o contato ou não com o usuário.
- 26. Endereço:** Informar o endereço de residência do(a) usuário(a) SUS.
- 27. Bairro:** Informar o bairro de residência do(a) usuário(a) SUS.
- 28. CEP:** Código de Endereçamento Postal constituído de oito números.
- 29. E-mail:** Informar o correio eletrônico caso o(a) usuário(a) tenha um.
- 30 e 32. Tipo de telefone:** Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.
- 31 e 33. Telefone para contato (DDD+Número):** Informar o número telefônico para contato (XX) XXXXX-XXXX.
- 34. Observação:** 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.
- 35. Origem do acompanhamento:** Informar se o atendimento está sendo realizado no serviço de saúde público ou privado (**preenchimento obrigatório**).
- Pessoas autorizadas a Retirar o Medicamento:** 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).
- 36. Responsável pelo Preenchimento:** Informar a data do preenchimento, assinar e carimbar(**preenchimento obrigatório**).
- 37.Usuário(a) SUS:** O(a) usuário(a) deve informar a data e assinar(**preenchimento obrigatório**).