

01 - FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS – PrEP

AGOSTO/2021

1 - CPF*			2 - CNS – Cartão Nacional de Saúde			3 - Prontuário			4 - Identificação Preferencial do Usuário <input type="radio"/> Nome Civil <input type="radio"/> Nome Social		
5 - Nome Completo do Usuário - Civil*											
6 - Nome Social											
7 - Nome Completo da Mãe*											
8 - Data de Nascimento*			9 - País de Nascimento*						10 - Nacionalidade*		
11 - Situação do estrangeiro: <input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Habitante de fronteira <input type="radio"/> Não residente						12 - Residência do estrangeiro					
13 - UF*		14 - Cidade de Nascimento*				15 - Pessoa em situação de rua no momento* <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			16 - Órgão Genital de Nascimento* <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis		
17 - Orientação Sexual* <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual						18 - Identidade de Gênero* <input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário					
19 - Raça/cor* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Amarela			20 - Escolaridade <input type="radio"/> Nenhuma/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos			21 - Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não			22 - Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas? <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		
23 - Endereço:											
24 - Bairro									25 - CEP		
26 - UF*		27 - Cidade de Residência*				28 - E-mail					
29 - Telefone para contato (DDD+Número)				30 - Em atendimento no serviço de saúde:* <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado							
31 - Responsável pelo Preenchimento Data: ___/___/___ _____ (carimbo e assinatura)						32 - Usuário SUS Data: ___/___/___ _____ (assinatura)					