



e-DOC 4EEA0FC7
Proc: 23360/2026-e

e-DOC 4EEA0FC7
Proc: 23360/2026-e

	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

4.3) Informações Adicionais

Efeitos colaterais:

- Náuseas/vômitos, flatulência/diarréia/dor abdominal, cefaleia e prurido. Normalmente ocorrendo de forma leve/autolimitada. Caso esses sintomas se apresentem de forma persistente ou intensa, orientar o paciente procurar atendimento nos serviços de saúde e não descontinuar o tratamento sem avaliação do profissional. Para reduzir os efeitos colaterais supracitados, o usuário deve ser orientado a utilizar o medicamento da PrEP junto com alguma refeição ou alimento, à noite ou próximo da hora de dormir.

Interações:

- É possível fazer uso do medicamento da PrEP em jejum ou não.
 - O uso de álcool ou outras drogas não interfere na ação da PrEP.
 - Importante orientar que a pessoa em uso da PrEP evite o consumo exacerbado de produtos que possam acarretar sobrecarga renal (anti-inflamatórios e suplementos proteicos).
 - Não há interação entre a PrEP e contraceptivos que alterem na eficácia de ambos.

Outras informações:

- Para auxiliar na adesão, estimule o usuário a relacionar a tomada do comprimido com alguma atividade diária, usando porta comprimidos, alarmes ou outras estratégias que facilitem e assegurem o uso contínuo. Parcerias sorodiferentes⁴ podem combinar de fazer o uso da medicação no mesmo horário, estimulando um ao outro no tratamento e prevenção.
 - No caso da presença de sintomas de infecção aguda pelo HIV (febre, perda de peso, mal estar, dor de cabeça/no corpo/de garganta, feridas/afãs na boca, rash, náuseas/vômitos, linfonodos aumentados) o usuário DEVE procurar atendimento prontamente.
 - Não é preciso acondicionamento especial para guarda do medicamento.
 - A PrEP é de uso individual e intransferível, não devendo OFERECER, DAR, VENDER e/ou COMPARTILHAR com outras pessoas.

⁴ Parcerias sorodiferentes: quando um parceiro vive com HIV e o outro não.

8

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajai.sc.gov.br?r=autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7 Proc: 23360/2026-e

	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

a mulheres, investigar a possibilidade de gestação, solicitar exame se necessário: teste rápido, se disponível, e/ou Beta-hCG.

Não havendo necessidade de PEP e o resultado do TR for **Não Reagente para HIV⁵**, o profissional realizará avaliação clínica, principalmente de risco recente de exposição ao HIV, buscado sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV⁶, orientará atenção a estes sintomas e janela imunológica do teste. Em caso de suspeita de infecção aguda pelo HIV, deve-se solicitar a Carga Viral do HIV na guia específica (anexo 2) e encaminhar para coleta no Laboratório Municipal, ficando o profissional responsável por encerrar esta investigação, neste caso posterga-se o início da PrEP, confirmada a infecção por HIV agenda-se abertura de prontuário no CEREDI, através de contato telefônico ou e-mail. Não havendo indícios de infecção por HIV, fará a prescrição da PrEP e fornecerá informações e orientações quanto ao uso, esquema indicado, posologia, adesão, interrupção segura e demais informações pertinentes.

Na primeira consulta é importante avaliar o histórico e fatores de risco para doença renal, como presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, uso concomitante de medicamentos com potencial nefrotóxico e história conhecida de insuficiência ou lesão renal, a dosagem de creatinina sérica e do cálculo do *clearance* de creatinina (CICr) deve ser solicitada para pessoas de idade igual ou superior a 30 anos ou presença de fatores de risco para redução da função renal, e será opcional para idade inferior a 30 anos e sem fatores de risco para redução da função renal.

Também avaliar o histórico de fraturas patológicas, pois o tenofovir é conhecido por diminuir a massa óssea, recomenda-se que as pessoas candidatas a PrEP com histórico de fratura óssea por fragilidade patológica ou fatores de risco significativos para osteoporose sejam encaminhadas para avaliação e acompanhamento médico e laboratorial específico, não sendo este um motivo para atrasar o início da PrEP.

Avaliar a situação vacinal e encaminhar para atualização das vacinas programáticas, se necessário. Realiza-se solicitação de imunoespecial para HPV para usuários com idade até 45 anos, que não tenham a vacinação ou tenham incompleta, deve-se preencher o "Formulário de Prescrição de Imunizantes" (anexo 3), preferencialmente de forma digitada¹⁰, e orientar a pessoa procurar uma sala de vacinação com formulário e o documento pessoal em mãos.

Investigar o perfil imunológico para as hepatites virais, que deve ser documentado em todas as pessoas com indicação de PrEP, além dos testes rápidos para Hepatite B

⁵ Se o exame de HIV for reagente: notificar e encaminhar ao CEREDI para seguimento.

⁶ Febre, Mal-estar, Cefaleia, Fadiga, Faringite, Exantema, Linfadenopatia cervical/submandibular/axilar, Mialgias ou artralgias, Ulcerações mucocutâneas, Hepatoesplenomegalia.

¹⁰ Disponível em: https://ext.aids.gov.br/documentos/sicdm_operacional/prescricao_de_imunizantes_MAJ02025_n_DIGITAVEL.pdf

10

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajai.sc.gov.br?r=autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7 Proc: 23360/2026-e

	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

5. Fluxo de atendimento

Os fluxos dos processos de trabalho abrangem os agendamentos, retornos, procedimentos durante as consultas e orientações quanto ao uso, adesão e interrupção da PrEP.

Profissionais médicos, enfermeiros e farmacêuticos capacitados de toda a rede de saúde, poderão prescrever a PrEP, enfermeiros e farmacêuticos devem referenciar-se a um médico em caso de alterações em exames e demandas específicas.

O CEREDI continuará atendendo PrEP e será referência de especialidade e matriciamento para todo município.

5.1) Agendamentos

Cada serviço será responsável por organizar sua agenda de PrEP, bem como seu fluxo interno de acolhimento da pessoa, de forma a facilitar o acesso do usuário de forma rápida, lembrando que o Ministério da Saúde (MS) orienta que a disposição da PrEP seja o mais próximo possível à manifestação de interesse da pessoa. Os serviços devem divulgar com transparência as formas de agendamento e horários, para toda população.

O usuário deve ser orientado que o primeiro atendimento dura de 40 minutos há 1 hora e a comparecer com a carteira de vacinação.

5.2) Primeira Consulta para PrEP

A consulta pode ser realizada por médico, enfermeiro ou farmacêutico capacitados. O profissional deve preencher a "Ficha de atendimento para PrEP" (anexo 1), a pessoa deve realizar o teste rápido (TR) para HIV⁵, lembrando que o único exame imprescindível para início da PrEP é o de HIV; preferencialmente realizar os TR para Sífilis⁶ e Hepatites B e C⁷. O profissional deve investigar se houve exposição ao HIV nas últimas 72h, em caso positivo iniciar o Protocolo da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de acordo com o caso, seguindo os fluxos municipais para exposição em relação consentida, violência sexual ou acidente com material perfurocortante. No atendimento

⁵ Pode ser considerado para início de PrEP laudo de exame de HIV (seja teste rápido, laboratorial ou autoteste supervisionado) de até 7 dias anteriores, não sendo necessário repetir o teste dentro deste tempo.

⁶ Se o exame sífilis for reagente, continuar acompanhamento na própria unidade.

⁷ Se o exame de Hepatites B ou C for reagente: notificar e encaminhar ao CEREDI para seguimento.

9

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajai.sc.gov.br?r=autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7 Proc: 23360/2026-e

	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo 25	Revisão 01
		Data Emissão JAN/2026	

e C, deve solicitar anti-HBs e anti-HBc (total e IgM) e anti-HAV IgG. Encaminhar para coleta no Laboratório Municipal e/ou em laboratórios da rede conveniada (observar o fluxo municipal vigente no momento). A infecção pelo HBV ou pelo HCV não é contraindicação para o uso de PrEP oral diária, casos de hepatite viral B crônica devem ser referenciadas para avaliação no CEREDI. O seguimento dos indivíduos que já realizaram o tratamento para hepatite C e que obtiveram a resposta virológica sustentada (RVS) deve ser realizado por meio da dosagem semestral de alanina aminotransferase (ALT) e coleta de amostra para realização de carga viral (HCV-RNA), este último nas seguintes situações: se houver alteração de ALT; a cada 12 meses, mesmo que não haja alteração de ALT; em situações de exposição de risco à infecção pelo HCV.

Se disponível, solicitar exames para Gonococo e Clamídia. Oferecer autoteste de HIV para as parcerias sexuais, até 5 (cinco), por retirada de medicação.

Orientar agendamento de retorno entre 20-25 dias. Preencher o "Formulário de Cadastro de Usuário SUS – PrEP" (anexo 4) e encaminhar para retirada do medicamento nas farmácias municipais dispensadoras de PrEP disponíveis, com a "Ficha de atendimento para PrEP" e "Formulário de Cadastro de Usuário SUS – PrEP" em mãos.

Segue roteiro auxiliar para a primeira consulta para PrEP:

11

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajai.sc.gov.br?r=autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7 Proc: 23360/2026-e

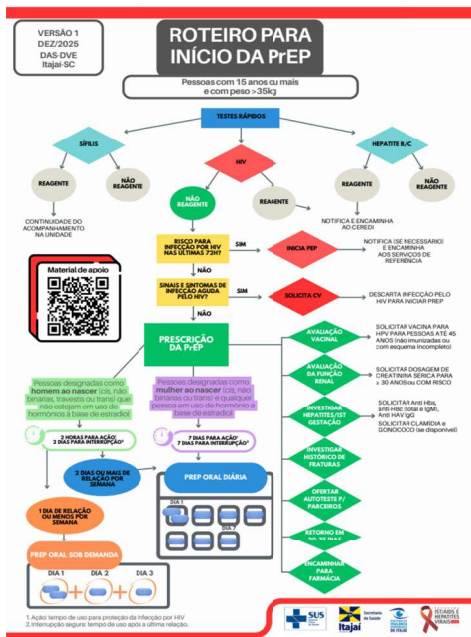


e-DOC 4EEA0FC7
Proc. 23360/2026-e

e-DOC 4EEA0FC7
Proc. 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026



<<https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrológicas>>.

Para qualquer indivíduo com um CICr estimado igual ou superior a 60 mL/minuto, pode-se prescrever com segurança a PrEP oral contendo tenofovir. Em caso de alteração deve-se seguir as recomendações do "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV" (Ministério da Saúde, 2025), se for enfermeiro ou farmacêutico que esteja realizando o atendimento, deve compartilhar a consulta com um profissional médico, a equipe também pode solicitar orientação ao CEREDI.

Sem impedimentos e com resultado **Não Reagente** para HIV, são reforçadas as informações e orientações sobre o uso da PrEP, deve preencher a "Ficha de atendimento para PrEP" (anexo 1), realizar a prescrição para até 120 dias e orientar retorno no mesmo período, ofertar autotestes para HIV para parceiros, Encaminha-se a pessoa às farmácias de dispensação de PrEP e à sala de vacinação, se necessário.

5.5) Demais Dispensações da PrEP

A partir da segunda dispensação da medicação pela farmácia, reforçam-se as orientações iniciais, verificam-se possíveis reações adversas que ocorreram durante os primeiros dias do uso da PrEP, dispensa-se a medicação por até 180 dias (neste caso sem nem um dia de atraso nas retiradas dos medicamentos por um ano), de acordo com a prescrição, e os autotestes para parceiros. A dispensação da medicação precisa ocorrer no máximo em 7 dias do teste de HIV, passando este prazo, o teste deve ser repetido (pode ser teste rápido ou autoteste assistido), não é necessária nova consulta dentro de um mês.

5.6) Demais consultas de acompanhamento

As consultas subsequentes devem ocorrer em até 120 dias para quem está no primeiro ano da PrEP ou faz uso irregular, podendo ser ampliadas para 180 dias após um ano de uso regular (sem nem um dia de atraso nas retiradas dos medicamentos por um ano). Em todas as consultas são realizados TR para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, deve-se investigar efeitos colaterais/adversos, adaptação e adesão à PrEP oral. Se houver alterações de exames, efeitos adversos persistentes ou queixas de IST ou outras situações importantes, a consulta realizada por enfermeiro ou farmacêutico deve ser compartilhada com um médico, a equipe pode solicitar orientações ao CEREDI.

Sem impedimentos e com resultado **Não Reagente** para HIV, são reforçadas as informações e orientações sobre o uso da PrEP, preencher a "Ficha de atendimento para PrEP" (anexo 1), realizar a prescrição para até 120 ou 180 dias e orientar retorno

12



Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7

e-DOC 4EEA0FC7
Proc. 23360/2026-e

14



Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7

e-DOC 4EEA0FC7
Proc. 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

5.3) Primeira Dispensação da PrEP

No momento da primeira dispensação da medicação pela farmácia, o usuário deve ser registrado nos devidos sistemas de controle de dispensação, devem ser reforçadas informações sobre posologia, reações adversas, interações medicamentosas e periodicidade da retirada dos medicamentos.

A liberação da medicação é feita exclusivamente mediante apresentação e retenção da "Ficha de atendimento para PrEP" (anexo 1). A medicação fornecida na primeira consulta corresponde a um frasco de 30 (trinta) comprimidos. A dispensação da medicação precisa ocorrer no máximo em 7 (sete) dias do teste de HIV, passando este prazo, o teste deve ser repetido (pode ser teste rápido ou autoteste assistido), não é necessária nova consulta dentro de um mês. Realiza-se a entrega dos autotestes para parceiros.

É importante salientar ao usuário que o frasco da PrEP tem validade de 30 dias, sendo assim, mesmo na indicação de PrEP sob demanda, ele precisará retirar a medicação para cada mês como prescrito.

O Consultório na Rua terá a medicação disponibilizada pela farmácia do CEREDI para início imediato, preencherá e reterá a "Ficha de atendimento para PrEP" (anexo 1) e "Formulário de Cadastro de Usuário SUS - PrEP" (anexo 4), que devem ser encaminhadas ao CEREDI imediatamente.

5.4) Segunda Consulta para PrEP (20-25 dias após início)

A segunda consulta deve ser agendada entre 20-25 dias após o início da PrEP, pelo mesmo profissional que fez o primeiro atendimento, sempre que possível. Devem ser realizados TR para HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Investigar efeitos colaterais/adversos, adaptação e adesão à PrEP oral.

Avaliar os exames solicitados, em caso de Anti-hbs não reagente, encaminhar para vacinação de Hepatite B, em casos de HbsAg e/ou anti-HCV reagentes notificar e encaminhar ao Programa de Hepatites no CEREDI (pela manhã). Caso a pesquisa dos anticorpos (anti-HAV IgG e anti-HAV total) seja não reagente, deve-se recomendar a vacinação da pessoa suscetível através do "Formulário de Prescrição de Imunizantes" (anexo 3).

Para as pessoas que realizaram o exame de dosagem de creatinina sérica, deve ser calculado o clearance de creatinina (CICr), podem ser utilizadas as fórmulas de Cockcroft-Gault ou o CK-EPI atualizado, sugere-se utilizar a Calculadora Virtual de CICr, preferencialmente CKD-EPI, disponível em:

13



Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7

e-DOC 4EEA0FC7
Proc. 23360/2026-e

15



Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade> e informe o e-DOC 4EEA0FC7

e-DOC 4EEA0FC7
Proc. 23360/2026-e



e-DOC 4EEA0FC7
Proc 23360/2026-e

e-DOC 4EEA0FC7
Proc 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

MONITORAMENTO E EXAMES - PREP

Exames	Método	Periodicidade
Teste para HIV	Sorologia ou TR para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma. Autoteste (sangue ou fluido oral).	Após um mês do início da PrEP e a seguir quadrimestral/semestral (em toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex.: TR ou ELISA) ou não treponêmico (ex.: VDRL ou RPR ou TRUST).	Quadrimestral/semestral
Identificação de outras ISTs (clamídia e gonococo)	Testagem por biologia molecular em urina, secreção genital e/ou extragenital (pesquisa de acordo com prática sexual).	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)
Teste para hepatite B	Pesquisa de HBsAg (ex.: TR) e anti-HBs.	Anual, conforme avaliação inicial
Teste para hepatite C	Pesquisa de anti-HCV (ex.: TR).	Quadrimestral/semestral conforme avaliação inicial
Monitoramento da função renal	Clearance de creatinina e dosagem de creatinina sérica.	A cada 6 ou 12 meses (descrito a seguir)
Teste de gravidez		Quadrimestral/semestral (ou quando necessário)

Fonte: MS/2025.

A reavaliação da função renal deve ser realizada conforme a faixa etária da pessoa em uso de PrEP e a avaliação inicial da função renal.

- Indivíduos com idade inferior a 50 anos, sem comorbidades, com avaliação inicial da função renal normal (CICr igual ou superior a 90 mL/minuto): a cada 12 meses.
- Indivíduos com idade superior a 50 anos OU com história de comorbidades, tais como HAS e diabetes, OU com estimativa inicial do CICr inferior a 90 mL/minuto: a cada seis meses.

Outras situações não contempladas neste POP devem ser consultadas no "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV", vigente no momento, ou direcionadas para matriciamento da equipe do CEREDI.

5.7) Interromper o uso da PrEP

É importante que a pessoa seja orientada a conversar com a equipe de saúde sobre a descontinuidade da PrEP. Caso tenha havido relações sexuais com potencial

16

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://spspe.itajaí.sc.gov.br/> para autenticidade e informe o e-DOC 4EEA0FC7

e-DOC 4EEA0FC7
Proc 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

risco de infecção pelo HIV, recomenda-se, antes da interrupção da PrEP, que a pessoa mantenha o uso da profilaxia pelo período indicado a seguir:

- Para pessoas designadas como mulher ao nascer (sejam cis, não binárias ou homens trans) e qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol, a interrupção segura se dá mantendo a medicação por 7 (sete) dias após a última exposição.
- Já para pessoas designadas como homem ao nascer (sejam cis, não binárias, travestis ou mulheres trans) que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol, a interrupção segura se dá mantendo a medicação por 2 (dois) dias após a última exposição.

17

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://spspe.itajaí.sc.gov.br/> para autenticidade e informe o e-DOC 4EEA0FC7

6. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV (recurso eletrônico) / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde (recurso eletrônico) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

18

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://spspe.itajaí.sc.gov.br/> para autenticidade e informe o e-DOC 4EEA0FC7

e-DOC 4EEA0FC7
Proc 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

ANEXO 1¹¹

62 - Ficha de Atendimento para PrEP

1. Serviço de atendimento* CTA 2. Origem do acompanhante* 3. CNES do Serviço de Atendimento

4. Nome do Especialista C/Especialista 5. Nome do Serviço de Atendimento

6. Nome Completo do Usuário - Civil 7. Identificação (Matrícula ou Usuário) - Chave Civil (Chave Social)

8. Nome Social

9. Nome Completo da Mãe*

10. Data de Nascimento*

11. Carga Viral do HIV Data do resultado: / / Resultado: 12. Exame para HIV* Data do resultado do exame não reagente: / /

13. Você é ou foi parceiro(a) fixo(a) ou parceira(o) fixa(o) com o(a) parceiro(a) fixo(a) ou parceira(o) fixa(o) atual? 14. Não últimos 3 meses, você tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado(a) com infecção sexualmente transmissível (IST)? (Marcar as opções adequadas)

15. O uso de PrEP: 16. Não últimos 3 meses, você tem ou teve algum sintoma ou foi diagnosticado(a) com infecção sexualmente transmissível (IST)? (Marcar as opções adequadas)

17. Não últimos 3 meses, você tomou ou tomou alguma medicação para prevenção de HIV? (Marcar as opções adequadas)

18. Não últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para potencializar o prazer? (Marcar as opções adequadas)

19. Não últimos 3 meses, você fez uso de substâncias psicoativas antes ou durante o sexo para potencializar o prazer? (Marcar as opções adequadas)

20. Desde a última dispensa, em média, como você tomou a PrEP? 21. Número de autotestes de HIV para entrar para pares e parceiros

22. Este formulário é para o fornecimento de*

23. Este formulário é para o fornecimento de*

24. PrEP* Tipo de conselho: UF do conselho: Nº do conselho: Data: / /

DISPENSA DE TDF/FTC

Formulário de fornecimento de zalcitabina (TZD/FTC - 300 mg + 200 mg)

1ª dispensação: Data: / /

2ª dispensação: Data: / /

3ª dispensação: Data: / /

4ª dispensação: Data: / /

5ª dispensação: Data: / /

6ª dispensação: Data: / /

7ª dispensação: Data: / /

8ª dispensação: Data: / /

9ª dispensação: Data: / /

10ª dispensação: Data: / /

¹¹ Disponível em: <<https://stz.itsaids.gov.br/>>, visitado em 26/05/2025.

19

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://spspe.itajaí.sc.gov.br/> para autenticidade e informe o e-DOC 4EEA0FC7



e-DOC 4EEA0FC7
Proc 23360/2026-e

e-DOC 4EEA0FC7
Proc 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

ANEXO 2¹²

Laudo Médico para Emissão de 3PAJ
Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV

1. Instituição solicitante (carimbo padrão): _____ 2. CNES: _____

INFORMAÇÕES BÁSICAS

1. CPF: _____ 2. CNES - Cartão Nacional de Saúde: _____ 3. Identificação Profissional do Usuário (Usário): _____ 4. Nome Completo do Usário (Usário) - Civil: _____

5. Nome Social: _____

6. Data de Nascimento: _____ 7. Sexo ao Nascimento: _____ 8. País de Nascimento: _____ 9. Município de Nascimento: _____ 10. UF de Nascimento: _____

11. Identidade de Gênero: _____ 12. Orientação Sexual: _____

13. Situação do casamento: _____ 14. Hábitat de residência: _____ 15. UF de Nascimento: _____ 16. Município de Nascimento: _____

17. Profissão: _____ 18. Situação de emprego: _____

19. Identidade de Gênero: _____ 20. Raça/cor: _____ 21. Escolaridade: _____

22. Endereço: _____ 23. CEP: _____

24. UF de residência: _____ 25. E-mail: _____

26. Telefone para contato DDD-Número: _____ 27. Em atendimento no serviço de saúde: _____

28. Responsável pelo procedimento: _____ 29. Usário SUS: _____

DADOS DA SOLICITAÇÃO

30. Solicitação simultânea de exames de carga viral e genotipagem: _____

31. Foi solicitado o exame genotípico no mesmo dia? _____

32. Motivo da solicitação: _____

33. Avaliação de pessoas em perda de seguimento: _____

DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34. Nome do Profissional Solicitante: _____ 35. Assinatura e Carimbo: _____

36. Registro no Conselho Profissional: _____ 37. Data de Solicitação: _____

LOCAL DE COLETA DA AMOSTRA

38. Nome de avaliação (Carimbo Padrão): _____ 39. Data de coleta: _____ 40. Hora de coleta: _____

41. Carga viral simultânea de amostra de carga viral e genotipagem: _____

42. Carga viral para o exame de genotipagem: _____

LABORATÓRIO EXECUTOR DO TESTE

43. Código/Nome do Procedimento: _____ 44. Quantidade de RNA HIV-1: _____

45. Nome de avaliação (Carimbo Padrão): _____ 46. CNES: _____ 47. Hora do recebimento: _____

48. UF: _____ 49. Situação exame: _____ 50. Identificador de amostra: _____ 51. Responsável: _____

52. Data do resultado: _____ 53. Condições de entrega da amostra: _____

54. Material recebido: _____ 55. Quantidade de amostra: _____ 56. Log: _____

57. Volume de amostra: _____ 58. Técnica utilizada: _____

ANEXO 4¹⁴

01 - FÓRMULARIO DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIO SUS - P/PEP

1 - CPF: _____ 2 - CNES - Cartão Nacional de Saúde: _____ 3 - Profissão: _____ 4 - Identificação Profissional do Usário: _____

5 - Nome Completo do Usário - Civil: _____

6 - Nome Social: _____

7 - Nome Completo da Mãe: _____

8 - Data de Nascimento: _____ 9 - País de Nascimento: _____ 10 - Nacionalidade: _____

11 - Situação do casamento: _____ 12 - Hábitat de residência: _____ 13 - UF de Nascimento: _____ 14 - Município de Nascimento: _____

15 - Profissão em situação de não no momento: _____ 16 - Profissão prevista de quando ao momento: _____ 17 - Sexo ao Nascimento: _____ 18 - Orientação Sexual: _____

19 - Identidade de Gênero: _____ 20 - Raça/cor: _____ 21 - Escolaridade: _____

22 - Endereço: _____ 23 - CEP: _____

24 - UF de residência: _____ 25 - Município de residência: _____ 26 - E-mail: _____

28 - Telefone para contato DDD-Número: _____ 29 - Em atendimento no serviço de saúde: _____

30 - Responsável pelo procedimento: _____ 31 - Usário SUS: _____

32 - Assinatura e Carimbo: _____

¹² Disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/sistemas-de-informacao/sisec/quantificacao-de-acido-nucleico-2013-carga-viral-0-hiv-janeiro_2025.pdf>, visitado em 07/11/2025.

¹⁴ Disponível em <<https://aids.gov.br/>>, aba documentos, visitado em 29/05/2025.

20

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade-e-informe> e e-DOC 4EEA0FC7 Proc 23360/2026-e

22

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade-e-informe> e e-DOC 4EEA0FC7 Proc 23360/2026-e

	Secretaria da Saúde	POP Procedimento Operacional Padrão	Fluxo	Revisão
			25	01
			Data Emissão	JAN/2026

ANEXO 3¹³

Formulário de Prescrição de Imunizantes

1 - CNES - Cartão Nacional de Saúde: _____ 2 - CPF: _____

3 - Nome Completo do Usário - Civil: _____

4 - Nome Social: _____

5 - Indicação: Usário P/PEP Usário de TARV

6 - Imunizante(s) Prescrito(s)

Usuário P/PEP

Imunizante Prescrito: _____

Recomendação: _____

7 - Prescritor: _____

8 - Data: _____

9 - UF do conselho: _____

10 - Nº do conselho: _____

Categorias imunológicas para vacinas com vírus atenuados:

- Menor ou igual a 350 células/mm3: indicar o uso
- 200 a 350 células/mm3 (15% a 19%): Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão
- Acima de 350 células/mm3: não vacinar
- Contraindicadas durante a gestação.

DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 082/2026

Processo Sipe nº 26105/2026

O Município de Itajaí torna público que contratou mediante Dispensa de Licitação, a empresa **INTER METRO SERVIÇOS ESPECIAIS LTDA**, para Serviço de Calibração Completa Acreditada pelo INMETRO, para os sonômetros do INIS, pelo valor estimado R\$ 4.305,00 (quatro mil, trezentos e cinco reais), com fundamento artigo 75, inciso III, alínea "a" da Lei nº 14.133/21.

Itajaí, fevereiro de 2026

MARIA HELOISA BEATRIZ CARDOZO FURTADO LENZI
Diretora Presidente do INIS

21

Documento assinado digitalmente. Para verificar, acesse <http://sipe.itajaí.sc.gov.br/a-autenticidade-e-informe> e e-DOC 4EEA0FC7 Proc 23360/2026-e