

# **NOTA INFORMATIVA**

# **Cestas Básicas –**

# **PVHA 2026**

Nº 01 | 24/10/2025



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

# APRESENTAÇÃO

**Governador do Estado do Ceará**  
Elmano de Freitas da Costa

**Secretaria da Saúde do Ceará**  
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de  
Vigilância em Saúde**  
Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância  
Epidemiológica e Prevenção  
em Saúde**  
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

**Célula de Vigilância e Prevenção de  
Doenças e Agravos Transmissíveis e não  
Transmissíveis**  
Carlos Garcia Filho

**Elaboração e Revisão**  
Ana Neta Alves  
Anuzia Lopes Saunders  
Danielle Martins Rabelo Gurgel  
Léa Maria Moura Barroso Diógenes  
Maria Vilani de Matos  
Telma Alves Martins

Uma alimentação saudável e adequada às necessidades individuais das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) contribui para o aumento dos níveis dos linfócitos TCD4, melhora a absorção intestinal, diminui os agravos provocados pela diarréia, perda de massa muscular, síndrome da lipodistrofia e todos os outros sintomas que podem ser minimizados ou revertidos por meio de uma alimentação balanceada.

Promover uma alimentação saudável é colaborar para a melhoria da qualidade de vida das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA).

Considerando que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará realiza a compra e distribuição de cestas básicas direcionadas às PVHA, como uma das ações estratégicas de Prevenção, Promoção e Controle do HIV/Aids no estado.



## 1 OBJETIVO

Informar sobre a concessão e a entrega de cestas básicas para pessoas que vivem com HIV/Aids que residem em Fortaleza e demais municípios do estado do Ceará.

Orientar sobre o processo de inscrição, priorização e recebimento das cestas básicas em parceria com os serviços estaduais de assistência especializada às PVHA (SAE) e a Rede Nacional de Pessoas que vivem com HIV/Aids - RNP Ceará.

## 2 COMPETÊNCIAS DA SESA

- Realizar aquisição dos insumos e aprovar a composição da cesta básica durante a vigência da concessão do benefício;
- Coordenar e monitorar a concessão de cesta básica às PVHA;
- Estabelecer critérios de participação e priorização das PVHA, incluindo definição sobre documentação obrigatória, na concessão das cestas básicas;
- Parceria com os Serviços de Atenção Especializada às PVHA estadual e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids- RNP+CE, quanto a realização das inscrições; e
- Parceria com a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids - RNP+CE para realização da distribuição mensal das cestas básicas.

## 3 VAGAS E VIGÊNCIA

Serão disponibilizadas **500 vagas**. Os beneficiários serão contemplados conforme critérios de priorização na concessão do benefício, descritos no item 8 desta nota informativa. Os inscritos que ficarem fora das vagas, permanecerão em fila de espera, e serão beneficiados caso haja vacância, respeitando a ordem de classificação.

Cada beneficiário contemplado receberá **01 (uma) cesta básica por mês** no período de janeiro a dezembro de 2026, totalizando **12 (doze) meses de vigência**.

## 4 PERFIL DO CANDIDATO

- Ser Pessoa Física (PF);
- Ter o diagnóstico confirmado de HIV/Aids;
- Residir no estado do Ceará;
- Estar vinculado a um serviço de saúde; e
- Estar em adesão ao tratamento para HIV/Aids.

## **5 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INSCRIÇÃO**

Os candidatos deverão apresentar os seguintes documentos **ORIGINAIS** no ato da inscrição:

- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO);
- RG (OBRIGATÓRIO);
- CPF (OBRIGATÓRIO);
- Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO);
- Telefone de contato (OBRIGATÓRIO);
- Formulário de avaliação social (preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço de saúde ao qual está vinculado - Anexo I (OBRIGATÓRIO);
- Certidão de nascimento dos filhos menores de 02 anos de idade até a data 02 de novembro de 2025 - Apenas para mães (SE NECESSÁRIO);
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (SE NECESSÁRIO);
- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfecção TB/HIV (SE NECESSÁRIO); E
- Cartão da gestante (SE NECESSÁRIO).

Na ausência de alguma documentação obrigatória, não será possível efetivar a inscrição do candidato, sendo possível apresentar-se em momento posterior, durante o período de inscrição. Não serão aceitas cópias simples e/ou documentos escaneados.

## **6 AVALIAÇÃO SOCIAL**

### **Para serviços estaduais:**

A avaliação social será realizada no ato da inscrição de acordo com as documentações apresentadas. Avaliação deverá ser realizada por profissional habilitado em Serviço Social (assistente social) e a informação inserida no formulário de inscrição on-line.

### **Para serviços municipais:**

Os serviços de saúde municipais deverão fornecer o Formulário de avaliação social (Anexo I) devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço de saúde ao qual o candidato está vinculado. Caso o serviço de saúde não possua em sua equipe Assistente Social, o mesmo poderá articular junto ao seu município o fornecimento do formulário de avaliação.

Para candidatos vinculados a serviços municipais as inscrições serão realizadas na sede da Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/Aids - RNP/CE.

Para avaliação social serão adotadas as seguintes definições:

**Insegurança alimentar:** pessoa que não possui fonte de renda e/ou sem assistência por programas sociais (Avaliação individual do assistente social)

**Vulnerabilidade acrescida:** renda per capita igual ou menor que  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e/ou ser beneficiário de programas sociais federal ou estadual.

**Vulnerável:** qualquer candidato que inscreva-se no processo de concessão da cesta básica.

## **7 PERÍODO E LOCAL DE INSCRIÇÃO**

- As inscrições ocorrerão no período de **03 novembro a 28 novembro de 2025**.
- Os candidatos deverão comparecer presencialmente, nos dias e horários estabelecidos pelos serviços de saúde listados no quadro abaixo, com a documentação obrigatória para efetuar a inscrição.
- Os candidatos vinculados aos serviços municipais deverão primeiramente providenciar o Formulário de avaliação social junto a sua unidade e posteriormente dirigir-se ao sede da RNP/CE portando os demais documentos listados no item 5.
- Só serão aceitas inscrições realizadas por terceiros de pessoas com deficiência (PCD), com restrições de locomoção ou que estiverem passando por internação hospitalar desde que seja apresentado no ato da inscrição documento comprobatório da circunstância e apresentação de documento original do representante.
- As PVHA acompanhadas nos SAE estaduais deverão inscrever-se nos serviços em que estão vinculados.
- Caso identificado mais de uma inscrição por candidato, permanecerá o primeiro registro, sendo os demais desconsiderados.
- O candidato deverá guardar o comprovante de inscrição até a finalização de todo processo de concessão.

SERVIÇO	ENDEREÇO	DIAS	HORÁRIO	LOCAL
Hospital de Doenças Infecciosas São José - HSJ	R. Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia, Fortaleza - CE	Segunda a Sexta-feiras	08:00 às 16:00	Sala do Serviço Social
Hospital Geral de Fortaleza HGF	R. Ávila Goulart, 900 - Papicu, Fortaleza - CE	Segundas e Terças-feiras	08:00 às 12:00 e 13:00 às 16:00	Sala do Serviço Social
Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS	R. Tertuliano Sales, 544 - Vila União, Fortaleza - CE	Quintas-feiras	08:00 às 17:00	Sala do Serviço Social
Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC	R. Pastor Samuel Munguba, 1290 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE	segundas e quartas-feiras	08:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00	Por agendamento via whatsapp (85) 994103897 Dèbora (Assistente Social)
Rede Nacional de Pessoas vivendo HIV/aids - RNP/CE	R. Dom Lino, 1.001 – Parquelândia, Fortaleza – CE	Terça-quinta e quinta - feiras	08:00 às 12:00 e 13:00 as 15:00	RNP/CE

## 8 CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO NA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO

Os candidatos inscritos serão classificados conforme pontuações atribuídas nos critérios de priorização descritos no quadro I, e serão ordenados, de forma decrescente, até o máximo de 500 vagas.

No caso de empate na última vaga, será levado em consideração o seguinte critério de desempate:

- Possuir maior idade, considerando mês e dia de nascimento.

Considerando as informações e comprovantes apresentados no ato da inscrição, os candidatos serão pontuados conforme quadro abaixo:

## QUADRO I - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

<b>Idade:</b>	
> 60 anos	2 pontos
< 60 anos	0 pontos
<b>Gestante:</b>	
Sim	5 pontos
Não	0 pontos
<b>Foi beneficiário do Programa em 2025:</b>	
Sim	1 ponto
Não	5 pontos
<b>Está em tratamento para TB no ato da inscrição:</b>	
Sim	5 pontos
Não	0 pontos
<b>Avaliação social (Anexo I):</b>	
Insegurança Alimentar*	10 pontos
Vulnerabilidade acrescida **	5 pontos
Vulnerável	2 pontos
<b>Acompanhado em serviço de assistência estadual</b>	
Sim	5 pontos
Não	1 ponto
<b>Mães com filhos menores de 02 anos</b>	
Sim	5
Não	0

As pontuações só serão atribuídas àqueles que apresentarem comprovação no ato da inscrição dos requisitos exigidos e assinalados na ficha de inscrição on-line.

## 9 RESULTADO

A lista com os beneficiários contemplados, para o ano de 2026, estará disponível nos locais de inscrição (item 7) a partir do dia **15 de dezembro de 2025**.

**Nenhuma informação será fornecida por telefone, apenas presencialmente.**

## 10 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

A entrega da cesta básica, será suspensa caso o beneficiário apresente, pelo menos, uma das situações a seguir:

- Fazer parte de outro programa de concessão de cestas básica com o mesmo período de vigência e mesma finalidade;
- Residir no mesmo endereço que outro beneficiário inscrito, sendo priorizado o com maior pontuação;
- For constatado inconsistência das informações declarados no momento da inscrição ou durante a vigência da concessão das cestas básicas, sendo convocado para nova avaliação social. Caso o beneficiário não compareça sem justificativa prévia o mesmo terá seu benefício suspenso;
- Evoluir para óbito durante a vigência da concessão do benefício;
- Não realizar a retirada da cesta básica por **três meses consecutivos**, sem apresentar justificativa;
- Abandonar o tratamento da infecção por HIV/Aids durante a vigência do benefício;
- Abandonar o tratamento de tuberculose durante a vigência do benefício;
- Mudança de endereço para outro Estado.

## 11 LOCAL DE ENTREGA DAS CESTAS BÁSICA

Representando a Rede Nacional de Pessoas vivendo com HIV/Aids no Ceará, o núcleo foi criada em 1998 na cidade de Fortaleza/CE, formado por pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids no estado. A RNP/CE tem como missão contribuir para a melhoria da qualidade de vida das PVHA, com ênfase na promoção dos direitos daquelas que apresentam maior vulnerabilidade social e estrutural. Ao longo desses 27 anos de experiência, a instituição desenvolveu inúmeros projetos em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado e, atualmente, segue como parceira para o desenvolvimento desse programa de concessão de cestas.

A entrega das cestas básicas acontecerá mensalmente na sede da Rede Nacional de Pessoas vivendo HIV/aids (RNP) - Núcleo Ceará, localizada na Rua Dom Lino, nº 1.001, Bairro: Parquelândia, na cidade de Fortaleza.

## **12 ORIENTAÇÕES PARA RETIRADA DO BENEFÍCIO**

Após a divulgação do resultado, os beneficiários contemplados deverão comparecer no dia 05 de janeiro de 2026 as 09:00 horas na sede da RNP-CE para conhecimento da logística de entrega mensal.

Para a retirada das cestas básicas é necessários seguir as seguinte orientações:

- Apresentar documento original com foto, preferencialmente RG;
- Assinar lista nominal como comprovação da retirada do benefício;
- Será liberada apenas 01 (uma) cesta básica por mês (não é permitido entregas retroativas);
- A retirada da cesta básica por terceiros só será permitida com a apresentação do documento original com foto do beneficiário - Não serão aceitos fotos do documento e nem xerox;
- Após o segundo mês sem a presença do beneficiário haverá a necessidade de contato com a Central de Alimentos para justificar a ausência;
- A Central de Alimentos não fará entregas via carros/motos de aplicativos;
- Os beneficiários deverão respeitar rigorosamente o calendário de entregas elaborado pela Central de Alimentos, casos excepcionais devem ser tratados individualmente.
- Pacientes residentes do interior do estado poderão retirar em qualquer data fixadas no calendário elaborado pela Central de Alimentos.

## **13 DÚVIDAS, DENÚNCIAS, ELOGIOS E SUGESTÕES**

Quaisquer dúvidas, denúncias, elogios e sugestões deverão ser reportadas ao GT/IST/HIV/Aids e Hepatites Virais/CEVEP/COVEP/SEVIG/SESA, através de e-mail: [aids@saude.ce.gov.br](mailto:aids@saude.ce.gov.br)

## **ANEXO I – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIAL**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Serviço de Saúde: \_\_\_\_\_

Realizado avaliação social conforme critérios descritos no **item 6**:

- Insegurança alimentar
- Vulnerabilidade Acrescida
- Vulnerável

**Insegurança alimentar:** pessoa que não possui fonte de renda e/ou sem assistência por programas sociais (Avaliação individual do assistente social).

**Vulnerabilidade acrescida:** renda per capita igual ou menor que  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e/ou ser beneficiário de programas sociais federal ou estadual.

**Vulnerável:** qualquer candidato que inscreva-se no processo de concessão.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2025.

\_\_\_\_\_  
Assistente Social

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Local de inscrição: \_\_\_\_\_

Apresentou os seguintes documentos durante o período de inscrição:

- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- RG (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- CPF (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço ao qual o candidato está vinculado (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) AVALIAÇÃO ON-LINE (UNIDADE ESTADUAL)
- Telefone de contato (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (se necessário); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA
- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfecção TB/HIV (se necessário); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA
- Cartão da gestante (se necessário); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA
- Certidão de nascimento filhos menores de 02 anos: (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA

**DIVULGAÇÃO DO RESULTADO: 10 DE DEZEMBRO DE 2025 – NA UNIDADE DE INSCRIÇÃO**-----  
RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Local de inscrição: \_\_\_\_\_

Apresentou os seguintes documentos durante o período de inscrição:

- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 6 meses) que comprove a infecção e/ou tratamento do HIV/aids (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- RG (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- CPF (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- Comprovante de residência (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- Formulário de avaliação social, preenchido, assinado e carimbado pelo assistente social do serviço ao qual o candidato está vinculado (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) AVALIAÇÃO ON-LINE (UNIDADE ESTADUAL)
- Telefone de contato (OBRIGATÓRIO); (  ) SIM (  ) NÃO
- Comprovante de renda e/ou comprovante de participação de programas sociais do governo estadual e/ou federal (se necessário); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA
- Atestado e/ou receita atualizada (dos últimos 5 meses) que comprove o acompanhamento da coinfecção TB/HIV (se necessário); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA
- Cartão da gestante (se necessário); (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA
- Certidão de nascimento filhos menores de 02 anos: (  ) SIM (  ) NÃO (  ) NÃO SE APLICA

**DIVULGAÇÃO DO RESULTADO: 10 DE DEZEMBRO DE 2025 – NA UNIDADE DE INSCRIÇÃO**-----  
RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO



**CEARÁ**  
GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE