

## CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

**INSTRUTIVO Nº 15**

Publicado em: 20/04/2021

### INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO- PMSP/ SMS / SEABEVS / CAB / COVISA/ PMI

**Importante:**

**No dia 21/04/2021**

A vacinação será exclusiva para primeira dose (D1) de todos os grupos neste instrutivo.

**Mega Drive Thru\*\*\*\*** vacinação de: D1 de Idosos com 65 anos e mais.

**A partir de 22/04/2021**

**Mega Drive Thru\*\*\*\*** vacinação de: D1 de Idosos com 65 anos e mais.

**Unidades Básicas de Saúde** vacinação D1 e D2 de todos os grupos neste instrutivo.

#### PRIORIDADE – AMPLIAÇÃO DOS GRUPOS

Grupo	Documentos	1º dose Local e data
<b>Idosos com 65 anos e mais</b>	<b><u>1º dose</u></b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	<b>Local:</b> UBS e Mega Drive**** <b>Data:</b> <b>A partir de 21/04</b>
<b>Idosos com 67 anos e mais</b>	<b><u>1º dose</u></b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	<b>Local:</b> UBS e Mega Drive**** <b>Data:</b> A partir de 12/04
<b>*Profissionais DE Saúde com 47 anos e mais</b>	<b><u>1º dose</u></b> -Documento de Conselho de Classe ou Comprovante de profissão (certificado ou diploma) conforme lista anexa* - Comprovante de Residência da Cidade de São Paulo	<b>Local:</b> UBS <b>Data:</b> A partir de 19/04
<b>*Profissionais DE Saúde com mais de 18 anos que sejam gestantes, puérperas (até 45 dias pós-parto) e lactantes (até 2 anos)</b>	<b><u>1º dose</u></b> -Documento de Conselho de Classe ou Comprovante de profissão (certificado ou diploma) conforme lista anexa* - Comprovante de Residência da Cidade de São Paulo - Autorização/recomendação médica: considerando risco benefício, com dados de identificação (idade gestacional, nome do médico, CRM). - Unidade Vacinadora deve aplicar o Termo de Consentimento (anexo) disponível no site: <a href="https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa">https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa</a>	<b>Local:</b> UBS <b>Data:</b> <b>A partir de 17/04</b>
<b>Profissionais da Educação com 47 anos e mais</b>	<b><u>1º dose</u></b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - <b>Comprovante Vacina Já Educação com QR Code***</b> - <b>Comprovante de residência/ vínculo empregatício na cidade de São Paulo.</b>	<b>Local:</b> UBS <b>Data:</b> A partir de 10/04

Grupo	Documentos	1º dose Local e data
<b>Ampliação aos Trabalhadores DA saúde da Rede de Atenção à Saúde Municipal (SMS/CRS/STS)**</b>	<b>1º dose</b> -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 17/02
<b>Pessoas em situação de Rua com mais de 60 anos.</b>	<b>1º dose</b> -Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	<b>Local:</b> UBS/ BOMPAR Consultório na Rua  <b>Data:</b> A partir de 12/02
<b>Ampliação as pessoas em situação de rua cadastradas nos Centros de Acolhida: com mais de 18 anos</b>	<b>1º dose</b> -Documento de Identificação (preferencialmente CPF)	<b>Local:</b> UBS/ BOMPAR Consultório na Rua <b>Data:</b> A partir de 29/03
<b>Trabalhadores dos equipamentos públicos de: CDI;SEAS; Centros de Acolhida Adulto, e POP RUA</b>	<b>1º dose</b> -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) se possuir documentação -Documento Comprovante de vínculo empregatício, conforme Lista Nominal fornecida por SMADS.	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 01/03
<b>Ampliação aos demais Trabalhadores no atendimento a vulneráveis, dos equipamentos públicos de SMADS e SMDHC</b>	<b>1º dose</b> -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) se possuir documentação -Documento Comprovante de vínculo empregatício Conforme Lista Nominal fornecida por SMADS e SMDHC.	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 29/03
<b>Ampliação aos demais trabalhadores DA Saúde dos Hospitais Públicos Municipais e Estaduais**.</b>	<b>1º dose</b> -Documento de Identificação (preferencialmente CPF) Documento Comprovante de vínculo empregatício (ex: crachá/holerite)	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 17/02
<b>Trabalhadores DE Saúde de Serviços de Diagnóstico na Cidade de São Paulo: que realizam coleta e análise de amostra de RTPCR SARS CoV2 e exames de imagem (RX e Tomografia-clínica médica)</b>	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 17/02
<b>Trabalhadores DE Saúde das Equipes de Serviços de ambulância, na Cidade de São Paulo: que fazem transporte/remoção de pacientes com COVID-19.</b>	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis.	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 17/02

Grupo	Documentos	1º dose Local e data
<b>Cemitérios Públicos e Privados do Município de São Paulo:</b> - Profissionais Sepultadores, veloristas, cremadores e condutores de veículos	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 17/02
<b>Ampliação aos demais profissionais dos cemitérios públicos e privados</b>	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 29/03
<b>Trabalhadores DE Saúde das Equipes de IML, na Cidade de São Paulo:</b> -Profissionais Auxiliares de Necropsia, Médicos Legistas, Atendentes de Necrotério	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Crachá/Holerite - Declaração da empresa, atestando as atividades exercidas NA CIDADE DE SÃO PAULO, nos setores elegíveis. (as unidades vacinadoras deverão reter essa declaração)	<b>Local:</b> UBS  <b>Data:</b> A partir de 17/02
<b>Trabalhadores do serviço Residência Inclusiva</b>	<b>1º dose</b> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) -Documento Comprovante de vínculo empregatício - Conforme Lista Nominal fornecida por SMADS e SMDHC.	<b>Local:</b> No próprio serviço do trabalhador  <b>Data:</b> A partir de 05/04

Informamos que a vacinação dos profissionais da segurança pública, anunciada pelo Programa Estadual de imunização, será articulada e realizada pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo. A vacinação será realizada em locais acordados entre as corporações e a SSP-SP

**Horário de vacinação:**

**UBS:** De segunda a sexta, das 7h às 19h

**AMA/UBS Integrada:** De segunda à sábado e feriados das 7h às 19h

**Mega Drive Thru:** Das 8h às 17h.

**SAEs – Serviços de Atenção Especializada:** De segunda a sexta, das 8h às 17h



## ORIENTAÇÕES

### USO DE DOSES REMANESCENTES:

Seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Imunização, após vacinado o público alvo estabelecido neste documento, caso haja dose remanescente próximo ao término das atividades do serviço de saúde, instituímos a aplicação na seguinte ordem de prioridade:

1º- Idosos (acima de 60 anos) e,

2º- Profissional de saúde, ambos moradores do território da unidade de saúde.

A unidade de Saúde deverá manter listas de espera com os usuários elegíveis em sua área de abrangência com telefones para convocação deste público. Em caso de dificuldade para destinação dessas doses remanescentes, entrar em contato imediato com a Supervisão Técnica de Saúde.

Importante: Nenhuma unidade de saúde tem autorização para desprezar doses remanescentes, se houver indício estará sujeito às medidas administrativas cabíveis.

**NÃO DESPREZAR NENHUMA DOSE VIÁVEL DE VACINA.**

### APLICAÇÃO DA SEGUNDA DOSE:

-Butantan (Coronovac): 21 dias após primeira dose

-Astrazeneca: 12 semanas após 1ºdose

### **DOCUMENTOS:**

-Documento de Identificação (preferencialmente CPF)

-Comprovante de vacinação (da 1º Dose na cidade de São Paulo)

### VACINAÇÃO DE GESTANTES:

Podem ser vacinadas: gestantes, puérperas (até 45 dias pós-parto) e lactantes (até 2 anos) **segundo os grupos prioritários que já estão contemplados neste instrutivo.**

Devem apresentar autorização/recomendação médica: considerando risco benefício, com dados de identificação (idade gestacional, nome do médico, CRM).

Unidade deve aplicar o Termo de Consentimento da Campanha Contra COVID-19 (anexo). Disponível no site da campanha: <https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa>



### **\*ANEXO 1 –PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalhadores dos serviços de saúde são todos aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Desta maneira, compreende os profissionais de saúde (dentre os listados no Informe Técnico do PNI – Programa Nacional de Imunização / MS.), priorizando neste momento:

Médicos

Enfermeiros / técnicos e auxiliares

Nutricionistas

Fisioterapeutas/ Terapeutas ocupacionais

Biólogos

Biomédicos / Técnicos de Laboratório que façam coleta de RT PCR SARS CoV2 e análise de amostra de COVID19

Farmacêuticos / Técnico de Farmácia

Odontólogos / ASB – Auxiliar de Saúde Bucal / TSB - Técnico de Saúde Bucal

Fonoaudiólogos

Psicólogos

Assistentes sociais

Profissionais da educação física

Médicos veterinários.

### **\*\*ANEXO 2 – PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Profissionais da saúde compreendem os que trabalham na área da saúde como os do setor administrativo, ou de apoio dos serviços de saúde.

### **\*\*\* ANEXO 3 – CADASTRO PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO**

Poderão ser imunizados profissionais das redes estadual, municipais, particulares e federal com funções como secretários, auxiliares de serviços gerais, faxineiras, mediadores, merendeiras, monitores, cuidadores, diretores, vice-diretores, professores de todos os ciclos da educação básica, professores coordenadores pedagógicos, além de professores temporários.

Para receber a vacina, eles devem fazer o cadastro no site <https://vacinaja.sp.gov.br/educacao>, com número do CPF, nome completo e e-mail.

O profissional receberá em seu email o comprovante Vacina Já Educação, este documento terá um QRCode para verificação de autenticidade.

Este comprovante deverá ser apresentado no momento da vacinação, junto com documento de identificação e comprovante de residência/ vínculo empregatício na cidade de São Paulo

### **\*\*\*\*ANEXO 4 – MEGA DRIVE THRU**

#### **1) ARENA CORINTHIANS**

Av. Miguel Ignácio, 2492 Curi, Portão E4 -CEP: 08295-005

#### **2) IGREJA BOAS NOVAS**

Rua Marechal Mallet, 535, Vila Prudente - CEP: 03140-020



**3) AUTÓDROMO DE INTERLAGOS**

Rua Jacinto Júlio, altura do nº 589 – Portão 9, entrada KRF - CEP: 04815-160

**4) CLUBE HEBRAICA**

Rua Ibiapinópolis, 781- na parte superior do Clube - CEP: 01455-110

**5) MEMORIAL DA AMÉRICA LATINA**

Rua Tagipuru, 500 (referência Portão 2) - CEP: 01156-000

**6) ESTÁDIO DO MORUMBI**

Av. Giovanni Gronchi, 1920 - Portão 15 - CEP: 05724-002

**7) COMPLEXO ESPORTIVO DO IBIRAPUERA**

Rua Marechal Estênio Albuquerque Lima, 413 - CEP: 04005-040

**8) PARQUE VILLA LOBOS**

Av. Prof. Fonseca Rodrigues, 1025- Portão 3 - Alto de Pinheiros - CEP 05461-010

**9) CLUBE ATLÉTICO MONTE LÍBANO**

Rua do Gama, 261 - Jardim Luzitânia - CEP: 04032-000

**10) SHOPPING ARICANDUVA**

Avenida Aricanduva, 5555 – Aricanduva - Estacionamento Auto Shopping Acesso pelo Portão P4 - CEP: 03930-110

**11) CENTRO DE EXPOSIÇÕES DO ANHEMBI**

Rua Olavo Fontoura, portão 38 - CEP: 02012-021

**12) CLUB ATHLETICO PAULISTANO**

R. Honduras, 1.400 - Jardim América - CEP: 01428-900

**13) SHOPPING ANALIA FRANCO**

Av. Reg. Feijó, 1739 - Tatuapé, São Paulo - CEP: 03342-900

**14) HOSPITAL DOM ALVARENGA**

Av. Nazaré, 1361 - Ipiranga - CEP: 04263-200

**15) SHOPPING INTERLAGOS**

Av. Interlagos, 2255 - Estacionamento Subsolo, portão 5 - Interlagos - CEP: 04661-200

**16) SUBPREFEITURA DE M BOI MIRIM**

Avenida Guarapiranga, 1695 – Pq Alves de Lima - CEP: 04902-005

**17) SUBPREFEITURA DE ITAIM PAULISTA**

Avenida Marechal Tito, 3012 - Itaim Paulista - CEP: 08160-495

**18) MAIS SHOPPING**

Rua Padre José Maria, S/N - Estacionamento G 2 Mais Shopping - Santo Amaro - CEP: 04753-060

**19) SUBPREFEITURA DA PENHA**

Rua Mandu, 451 – CEP: 03622-000

**20) SHOPPING CAMPO LIMPO**

Estrada do Campo Limpo, 459, Vila Prel – CEP: 05777-001

### Termo de Consentimento para o Grupo de Gestantes, Puérperas e Lactantes

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Primeira dose

Segunda dose

Unidade de saúde/CNES: \_\_\_\_\_

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

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Raça/cor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Nas últimas 72 horas, apresentou febre ou esteve doente?

SIM  NÃO

Nas últimas duas semanas, você testou positivo para COVID-19?

SIM  NÃO

Você tem ou já teve reação alérgica a algum tipo de vacina?

SIM  NÃO

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Você já recebeu outro tipo de vacina contra a COVID-19?

SIM  NÃO

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Nas últimas duas semanas, você recebeu outro tipo de vacina?

SIM  NÃO

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Você está grávida ou existe a chance de estar grávida?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Você teve filho há menos de 45 dias (puérpera)?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Você está amamentando?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Você possui alguma(s) condição de saúde dentre as listadas abaixo?

Cardiopatia  Diabetes Mellitus  Doença Neurológica  Doença Renal

Obesidade (IMC  $\geq 40$ )  Pneumopatia  Imunodepressão  Asma

Doença Hepática  Doença Hematológica  Síndrome de Down

Outra(s): \_\_\_\_\_

Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVISA



## Termo de Consentimento para o Grupo de Gestantes, Puérperas e Lactantes

### Consentimento

Declaro que fui informada sobre a vacinação COVID-19. Eu entendo que se minha vacina exigir duas doses terei de recebe-las para que se cumpra o esquema vacinal e ela seja eficaz.

Esta vacina não passou pelo mesmo tipo de revisão que um produto aprovado ou liberado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No entanto, a decisão da ANVISA de disponibilizar a vacina é baseada na totalidade das evidências científicas disponíveis, mostrando que os benefícios conhecidos e potenciais da vacina superam os riscos conhecidos e potenciais.

Eu entendo que não é possível prever todos os possíveis efeitos colaterais ou complicações associadas ao recebimento da(s) dose (s) da vacina. Também reconheço que tive a oportunidade de fazer perguntas e que essas perguntas foram respondidas de forma satisfatória. Eu entendo os benefícios e riscos da vacinação conforme descrito, caso eu apresente alguma reação moderada ou grave procurarei imediatamente uma unidade de saúde mais próxima.

---

*Assinatura da Paciente*

---

*Assinatura e carimbo do Vacinador*