



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 33
Publicado em: 28/08/2021

INSTRUTIVO PARA PRIORIZAÇÃO DE DOSES DA VACINA DE COVID-19 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES

No dia 28/08/2021 (sábado):

Mega drive-thrus e Farmácias: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.

Unidades Básicas de Saúde (UBSs): vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.

AMAs/UBSs Integradas: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

No dia 29/08/2021 (domingo):

Megapostos: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.

Farmácias Avenida Paulista: vacinação D1 e D2. Avenida Paulista, nº 2371 e 266 - das 08h às 16h

Parques: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.

Região Central: Centro Esportivo Esportes Radicais

Região Sul: Parque do Guarapiranga;

Região Leste: Parque do Carmo e Parque Ecológico do Tietê;

Região Oeste: Parque Vila Lobos;

Região Sudeste: Parque da Independência;

Região Norte: Parque da Juventude.

A partir do dia 30/08/2021:

Mega drive-thrus e Farmácias: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.

Megapostos: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 8h às 17h.

Unidades Básicas de Saúde (UBSs): vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

AMAs/UBSs Integradas: vacinação D1 e D2. Funcionamento das 7h às 19h.

Cronograma Grupos Elegíveis

Grupo	1º dose/ Data	Documentos
Adolescentes de 15 a 17 anos de idade.	Data: A partir de 30/08 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Adolescentes de 12 a 17 anos com qualquer tipo de comorbidades.	Data: A partir de 24/08 Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de condição de risco (receitas /relatórios físicos ou digitais, fotografia em celular, e demais formas desde que com identificação do paciente, CRM e na validade de 02 anos de emissão) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
Adolescentes gestantes e puérperas (até 45 dias) de 12 a 17 anos	Já estão elegíveis Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)	1º dose - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Gestantes: comprovante do estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal ou laudo médico) - Puérperas: declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento) Comprovante de Endereço do município de São Paulo

CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 33
Publicado em: 28/08/2021

Grupo	1º dose/ Data	Documentos
<p>Adolescentes com deficiência permanente (física, sensorial ou intelectual), de 12 a 17 anos, incluem:</p> <p>1- Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.</p> <p>2- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.</p> <p>3- Indivíduos com baixa visão ou cegueira. (considera-se baixa visão ou visão subnormal, quando o valor da acuidade visual corrigida no melhor olho é menor do que 0,3 e maior ou igual a 0,05 ou seu campo visual é menor do que 20º no melhor olho com a melhor correção óptica (categorias 1 e 2 de graus de comprometimento visual do CID 10) e considera-se cegueira quando esses valores encontram-se abaixo de 0,05 ou o campo visual menor do que 10º (categorias 3,4e5 do CID 10).</p> <p>4- Indivíduos com deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades.</p>	<p>Já estão elegíveis</p> <p>Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p>1º dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante da deficiência (laudo médico indicando a deficiência; ou cartão de gratuidade no transporte público indicando deficiência; ou documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; ou documento oficial de identidade com a indicação da deficiência). - Caso não haja um documento comprobatório será possível a vacinação a partir da autodeclaração do indivíduo, nesta ocasião o indivíduo deverá ser informado quanto ao crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal). Consulte o Modelo de autodeclaração no site: https://prefeitura.sp.gov.br/vacinasampa * Na condição de deficiência visual, só será aceita autodeclaração em casos de deficiência permanente- cegueira, para as demais classificações de baixa visão ou visão monocular será exigido documento que comprove a referida condição, conforme legislação vigente. - Comprovante de Endereço do município de São Paulo
<p>Adultos com mais de 18 anos</p>	<p>Já estão elegíveis</p> <p>Local: UBS, Mega Posto e Mega Drive (no período em que estiverem ativos)</p>	<p>1º dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documento de Identificação (preferencialmente CPF) - Comprovante de Endereço do município de São Paulo

CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 33
Publicado em: 28/08/2021

ORIENTAÇÕES GERAIS

VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES

Os adolescentes devem ser acompanhados pelo responsável no ato da vacinação. No caso de impossibilidade do acompanhamento do responsável, o adolescente deve estar acompanhado de um adulto e apresentar uma autorização assinada pelo responsável, semelhante ao modelo abaixo:

MODELO - CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 - AUTORIZAÇÃO

Eu _____ CPF/RG: _____, responsável pelo adolescente _____, CPF/RG: _____ autorizo a ser vacinado na Campanha Municipal de Vacinação Contra a COVID-19 .

São Paulo, ___ de _____ de 2021.

Assinatura do Responsável

Os adolescentes devem ser imunizados exclusivamente com a vacina Pfizer.

----*----

LISTA DE RECUSA

Com a conclusão do cronograma de vacinação da população adulta da cidade de São Paulo, seguindo o disposto na Lei Municipal 17.583 de 2021, os municípios que foram suspensos temporariamente do direito à vacinação no período regular, por recusa do imunizante, podem ser inclusos novamente no cronograma de vacinação a partir de 18/08/2021.

----*----

USO DE DOSES REMANESCENTES

A partir do dia 30/08/2021, após vacinado o público alvo estabelecido neste documento, caso haja dose remanescente próximo ao término das atividades do serviço de saúde, instituímos o uso destas de acordo com o imunizante:

1. Pfizer – Na seguinte ordem de prioridade:
1°- Adolescentes com mais de 12 anos sem comorbidade;
2° Adiantamento de D2 a partir de 30 dias da data de aplicação da 1° dose.
2. AstraZeneca – Adiantamento de D2 a partir de 30 dias da data de aplicação da 1° dose.
3. Coronavac – Adiantamento de D2 a partir de 15 dias da data de aplicação da 1° dose.

A Unidade de Saúde deverá organizar lista de espera com os usuários de sua área de abrangência, **que atendam aos critérios de intervalo entre as doses descritos acima.**

Os usuários podem ser moradores, estudantes ou trabalhadores na região da unidade e devem apresentar documentação com endereço e telefone para convocação.

Em caso de dificuldade para destinação dessas doses remanescentes, entrar em contato imediato com a Supervisão Técnica de Saúde.

NÃO DESPREZAR NENHUMA DOSE VIÁVEL DE VACINA.

----*----

APLICAÇÃO DA SEGUNDA DOSE:

- Butantan (Coronavac): 28 dias após 1°dose
- AstraZeneca: 12 semanas após 1°dose
- Pfizer: 12 semanas após 1°dose
- Janssen: dose única

DOCUMENTOS PARA SEGUNDA DOSE:

- Documento de Identificação (preferencialmente CPF)
- Comprovante de vacinação (da 1° Dose na cidade de São Paulo)

*Caso a 1° dose tenha sido feita em outra cidade, estado ou país– deve ser apresentado o comprovante da 1° dose e Comprovante de endereço no município de São Paulo.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 33
Publicado em: 28/08/2021

APLICAÇÃO DA TERCEIRA DOSE:

Para a definição das orientações de aplicação da terceira dose, aguarda-se o documento técnico do Programa Estadual de Imunizações.

----*----

COMPROVANTE DE ENDEREÇO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: pode ser apresentado de forma física ou digital. Se não houver no próprio nome do munícipe, serão aceitos comprovantes em nome do cônjuge, companheiro, pais e filhos, desde que apresentado documento que comprove o parentesco ou estado civil (RG, certidão de nascimento, certidão de casamento ou escritura de união estável).

Exemplos de comprovantes aceitos: contas de água, luz, gás, TV, internet, telefone fixo e celular; contrato de aluguel reconhecido em cartório; declaração recente de Imposto de Renda; carnês do IPTU e IPVA; contracheque emitido por órgão público; demonstrativos do INSS ou SRF; fatura de cartão de crédito; nota fiscal, boletos.

No caso da impossibilidade de apresentação dos documentos acima, são aceitos comprovantes de vínculo com a Unidade Básica de Saúde referência: número de matrícula da família na ESF/ cartão de matrícula na UBS.

----*----

ORIENTAÇÃO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS: Conforme o Documento Técnico da Campanha de Vacinação contra a COVID-19 de 09 de junho de 2021 – 16ª atualização – Anexo 2; O posicionamento da SOGESP: VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 PARA GESTANTES E PUÉRPERAS - CORONAVIRUS de 08 de junho de 2021.

Todas as gestantes, puérperas do MSP poderão dirigir-se às UBSs para imunização de COVID-19 com as vacinas Coronavac ou Pfizer.

NA AUSÊNCIA DESTE IMUNIZANTE, A UBS DEVE MANTER LISTA DE ESPERA PARA CONVOCAÇÃO.

A partir de 26/07, as gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) que receberam a primeira dose da vacina AstraZeneca/Fiocruz poderão receber na data regular da segunda dose (em 12 semanas após a primeira dose) uma dose da vacina contra a COVID-19 do fabricante PFIZER, tendo assim completado o esquema vacinal, sem a necessidade de esperar o parto ou puerpério. As Unidades Básicas de Saúde realizarão busca ativa das gestantes e puérperas nessa condição, e aplicarão Termo de Ciência da Intercambialidade de vacinas.



CAMPANHA MUNICIPAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

INSTRUTIVO Nº 33
Publicado em: 28/08/2021

ANEXO 1 – COMORBIDADES

Houve ampliação da vacinação para qualquer tipo de comorbidade para os adolescentes de 12 a 17 anos de idade contemplados neste instrutivo.

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19 DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) _____, inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº _____, é portador de _____ (inserir CID ou descrever a doença).

Município, (dia) de (mês) de ano.

Assinatura e carimbo do médico