

## NOTA INFORMATIVA Nº 1 / 2021 – SMS

ASSUNTO: Imunização dos profissionais e trabalhadores de saúde no município de Luziânia-GO contra COVID-19.

Considerando que o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-10 (PNO), elaborado pelo Ministério da Saúde, define os grupos prioritários, sendo que os trabalhadores de saúde foram definidos como grupo alvo da campanha.

Considerando que o Ofício nº 234/GCPNI/MS, de 11 de março de 2021, posteriormente retificado pelo Ofício Circular nº 57/SVS/MS, de 12 de março de 2021, orienta tecnicamente a vacinação do grupo prioritário “Trabalhadores da Saúde”.

Considerando a Resolução nº 34, de 05 de abril de 2021 – CIB, que aprova o direcionamento de 30% das doses de vacina COVID-19 aos profissionais e trabalhadores de saúde no estado de Goiás.

Considerando a Nota Informativa nº 7/GI/SES-GO que disciplina a vacinação dos profissionais e trabalhadores de saúde no Estado de Goiás contra a COVID-19.

Serão considerados, para fins de imunização no município de Luziânia, como profissionais e trabalhadores de saúde aqueles especificados no Ofício Circular nº 57/SVS/MS, de 12 de março de 2021 e transcritos no anexo I dessa Nota Informativa.

A vacinação contra COVID-19 no município será exclusiva para profissionais e trabalhadores de saúde **EM ATIVIDADE** e se dará de acordo com as doses recebidas, e conforme a seguinte ordem de priorização:

- 1) Equipes de vacinação, que estiverem envolvidas na vacinação;
- 2) Trabalhadores das instituições de longa permanência de idosos e de residências inclusivas (serviço de acolhimento institucional em residência inclusiva para jovens e adultos com deficiência);
- 3) Trabalhadores dos serviços de saúde públicos e privados, tanto da urgência, quanto da atenção básica, envolvidos diretamente na atenção/referência para os casos suspeitos e confirmados de COVID -19;

4) Demais trabalhadores de saúde, em **ORDEM DECRESCENTE DE IDADE.**

Os profissionais e trabalhadores estabelecidos no item 4 do parágrafo anterior serão imunizados por faixa etária a ser estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, dependendo do número de doses recebidas em cada Pauta de Distribuição e o número de profissionais a serem vacinados que estão elencados nos itens 1 a 3.

Para a imunização dos profissionais da saúde elencados no item 4 do sexto parágrafo dessa Nota que estão vinculados ao registro em Conselhos Profissionais, será exigido no ato da imunização: a) documento pessoal com foto e CPF; b) documento oficial emitido pelo respectivo Conselho; c) documento que comprove que estão em atividade, seja carteira ou contrato de trabalho, contracheque ou declaração do serviço de saúde ao qual esteja vinculado (modelo anexo II), e; d) autodeclaração de atividade (modelo anexo III). Quando o vínculo for comprovado por declaração do serviço de saúde ao qual esteja vinculado, o documento ficará retido na unidade vacinadora. Além disso, a declaração descrita no item d também permanecerá em posse da unidade.

Para a imunização dos demais trabalhadores de saúde descritos no item 4 do sexto parágrafo dessa Nota sem vínculo com Conselhos Profissionais, será exigida a apresentação, no ato da imunização: a) documento pessoal com foto e CPF; b) documento que comprove a atividade, seja carteira ou contrato de trabalho, contracheque ou declaração do serviço de saúde ao qual esteja vinculado (modelo anexo II), e; c) autodeclaração de atividade (modelo anexo III). Quando o vínculo for comprovado por declaração do serviço de saúde ao qual esteja vinculado, o documento ficará retido na unidade vacinadora. Além disso, a declaração descrita no item c também permanecerá em posse da unidade.

A imunização dos profissionais e trabalhadores de saúde elencados nessa Nota Informativa acontecerá nas unidades fixas de vacinação, sendo os postos na modalidade Drive Thru exclusivos para imunização de idosos.

Luziânia, 09 de abril de 2021.

**MARCELLE MACHADO DE A. MELO**  
Secretária Municipal de Saúde

**ANEXO I**

**TRABALHADORES DE SAÚDE A SEREM VACIANDOS**  
**OFÍCIO CIRCULAR nº 57/SVS/MS**

| <b>POPULAÇÃO ALVO</b>  | <b>DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO</b>  | <b>EXEMPLIFICAÇÃO</b>  |
|--|---|--|
| 1- Trabalhadores de saúde que atuam em estabelecimentos de assistência, vigilância à saúde, regulação e gestão à saúde | 1.1 profissionais que atuam em estabelecimentos de serviços de saúde como hospitais, clínicas, ambulatórios, unidades básicas de saúde, laboratórios, farmácias e drogarias | 1.1.1. médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais da educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares<br>1.1.2. agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, profissionais da vigilância em saúde e os trabalhadores de apoio (exemplos: recepcionistas, seguranças, trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias, gestores e outros; |
|  | 1.2. Trabalhadores da Saúde que atuam   | 1.2.1. profissionais que atuam em cuidados   |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | em cuidados domiciliares  | domiciliares (exemplos: programas ou serviços de atendimento domiciliar, cuidadores de idosos, doulas/parteiras)               |
|  | 1.3. Trabalhadores de saúde que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados          | 1.3.1. funcionários do sistema funerário, Instituto Médico Legal (IML) e Serviço de Verificação de Óbito (SVO)                 |
|  | 1.4. Acadêmicos em Saúde e estudantes da área técnica em saúde                                    | 1.4.1 acadêmicos em saúde e estudantes da área técnica em saúde em estágio hospitalar, atenção básica, clínicas e laboratórios |
| 2. Trabalhadores que atuam em determinados estabelecimentos de serviços de interesse à saúde | 2.1. Trabalhadores das instituições de longa permanência para idosos, casas de apoio e cemitérios |  |

**OBS:** Os trabalhadores dos demais estabelecimentos de serviços de interesse à saúde, tais como academias de ginástica, clubes, salão de beleza, clínica de estética, óticas, estúdios de tatuagem, estabelecimentos destinados à alimentação e de saúde animal **NÃO** serão contemplados nos grupos prioritários elencados inicialmente para a vacinação, nos termos do Ofício CIRCULAR nº 57/SVS/MS.

## ANEXO II

TIMBRE INSTITUCIONAL

### DECLARAÇÃO INSTITUCIONAL

(CITAR NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE), CNES (CITAR Nº), CNPJ (CITAR Nº), devidamente representado por (CITAR NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL), declara através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19, que (CITAR NOME COMPLETO), CPF (CITAR Nº), trabalha no supramencionado estabelecimento e encontra-se em pleno exercício das suas funções até a presente data, no setor (CITAR), desenvolvendo as atividades relacionadas (CITAR AS ATIVIDADES).

Por fim, declaramos, sob responsabilidade civil e criminal, que temos conhecimento que neste momento somente os trabalhadores da saúde na ativa podem ser vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

---

Luziânia-Go, XX de XX de 2021

(Nome completo legível e cargo de quem emite a declaração com carimbo)

## ANEXO III

### AUTODECLARAÇÃO

EU (**CITAR NOME COMPLETO**), CPF número (**CITAR Nº**), residente e domiciliado em (**CITAR ENDEREÇO**) declaro através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19, que sou trabalhador da saúde, exercendo as funções de (**DESCREVER FUNÇÕES**) e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades no local (**DESCREVER NOME DO LOCAL**).

Por fim, declaro, **sob responsabilidade civil e criminal**, que tenho conhecimento que neste momento somente os trabalhadores da saúde na ativa, que trabalham em estabelecimentos de assistência, vigilância à saúde, regulação, gestão à saúde, cuidados domiciliares em saúde, funcionários do sistema funerário, IML, SVO e acadêmicos em saúde da área técnica em saúde em estágio em instituição de saúde, podem ser vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

---

Luziânia-Go, **XX de XX** de 2021  
(**Assinatura do declarante**)