



Coordenação Geral de Epidemiologia
Gerência de Imunização

Nota Informativa nº 15 – DVS/CGE/GI – 01 de outubro de 2021

Assunto: Dose de Reforço para Trabalhadores de Saúde do município de Maceió

Esta nota tem como objetivo apresentar informações referente a aplicação da dose de reforço destinadas aos Trabalhadores de Saúde que atuam no Município de Maceió.

TIPO DE VACINA

A vacina a ser utilizada para a dose de reforço deverá ser, preferencialmente da plataforma de RNA mensageiro (Pfizer) ou, de maneira alternativa, vacina de vetor viral (Astrazeneca ou Janssen) a qual será administrada 6 meses após a última dose do esquema vacinal (segunda doses ou dose única).

DETALHAMENTO DA CATEGORIA

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. Compreende tanto os profissionais da saúde (ex. 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), quanto os trabalhadores de apoio (ex. recepcionistas, seguranças, trabalhadores da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros), ou seja, todos aqueles que trabalham nos serviços de saúde.



Coordenação Geral de Epidemiologia Gerência de Imunização

Além disso, inclui-se ainda aqueles profissionais que atuam em **cuidados domiciliares** (ex. cuidadores de idosos, doulas/parteiras), bem **como funcionários do sistema funerário** que tenham contato com cadáveres potencialmente contaminados.

A vacina também será ofertada para **Estudantes de graduação e pós-graduação das profissões de saúde**, no que couber, desde que estejam em atividade de exposição ao Coronavírus em razão de estágios curriculares e outras modalidades de prática acadêmica.

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

Além de documento com foto, CPF e o cartão de vacina, deverá ser apresentado documento comprobatório da condição de Trabalhador da Saúde, a saber:

Trabalhador da Saúde	Documentos necessários
Trabalhadores dos serviços de saúde de Maceió.	Declaração de Vínculo Empregatício emitido pelo Diretor Geral ou Diretor Médico, atestando a condição do trabalhador, contracheque atualizado (mês anterior) ou carteira de trabalho comprovando vínculo ativo.
Trabalhador de saúde autônomo, inclusive parteiras	Certidão de regularidade do respectivo conselho de classe mais um dos documentos listados: a. Documentação comprobatória da condição de Microempreendedor Individual (MEI); b. Conta de energia de imóvel comercial em seu nome ou em nome de sua empresa; c. Autodeclaração de efetivo exercício da atividade profissional na área da Saúde, acompanhada de 03 (três) contratos de prestação de serviço ou de 03 (três) declarações de pacientes, notas fiscais ou contratos de vinculação a planos de saúde privados
Cuidadores de idosos e trabalhadores de serviços funerários	Carteira de Trabalho que comprove o vínculo ativo ou contracheque atualizado (mês anterior).
Doulas	Documento atualizado que comprove sua associação junto à Associação de Doulas de Alagoas – ADOAL.
Estudantes de graduação e pós-graduação das profissões de saúde, no que couber, desde que estejam em atividade de exposição ao Coronavírus em razão de estágios curriculares e outras modalidades de prática acadêmica.	Termo de Compromisso de Estágio (TCE) ou Declaração do Serviço onde realiza a prática com informação expressa que realiza atividade de exposição ao Coronavírus



Coordenação Geral de Epidemiologia
Gerência de Imunização

ANEXO 1 – MODELO DE DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO

(Em papel timbrado com carimbo que contenha CNPJ, Nome da empresa e endereço)

Declaramos para fins de comprovação quanto ao atendimento de critérios estabelecidos para a vacinação contra COVID-19, que o(a) Sr(a). (nome) _____, (profissão/cargo) _____, inscrito(a) no CPF nº _____, é funcionário(a), tendo vínculo ativo nesta instituição de saúde (Nome da instituição) _____ desenvolvendo atividade relacionada a _____

Local, data

Diretor (Geral ou Médico)
Assinatura
CPF nº ou CR__ nº