

Orientações gerais:

- Serão vacinados os trabalhadores que atuem em Drogarias e Farmácias de Manipulação (conforme atividade de licença sanitária):
 - Comércio varejista de medicamentos sem manipulação de fórmulas (Drogarias)
 - Comércio varejista de medicamentos com manipulação de fórmulas (Farmácia de Manipulação)
- O estabelecimento no qual o profissional atua deve ter licença sanitária
- Os DS deverão repassar o fluxo às Drogarias e Farmácias de Manipulação registradas (licença sanitária) no seu território
- **COMPROVAÇÃO DA VINCULAÇÃO DO TRABALHADOR COM A FARMÁCIA:** obrigatório todos os documentos (1, 2 e 3). Nesta orientação os documentos estão referenciados também pelos respectivos números)
 1. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO
 2. DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO
 3. documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o estabelecimento (carteira de trabalho, contracheque, crachá profissional, etc.)

VACINAÇÃO DE TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

DS

- Repassar o fluxo e modelo das declarações às Drogarias e Farmácias de Manipulação com registro de licença sanitária vigente no território

DROGARIA / FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

- Realizar as declarações conforme orientações do DS

1. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

- Declaração do responsável técnico da Drograria / Farmácia de Manipulação que assinará o documento
- 2. DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO
- Deve ser enviada por email ao DS responsável (ver quadro Contato Distrito Sanitário/Epidemiologia, pg. 2)
- Ver figura 1, pg. 2

2. DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

- Deve ser assinada e carimbada pelo responsável técnico conforme documento 1. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO, afirmando que o referido trabalhador possui vínculo ativo no estabelecimento
- Profissional deve entregar no serviço de saúde no momento da vacinação
- Ver figura 2, pg. 2

DS

- Enviar cópia do documento 1. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO para o Ponto de Vacinação (para conferência do nome e assinatura das declarações apresentadas pelos trabalhadores)
- Arquivar a declaração enquanto durar a Campanha de Vacinação contra COVID-19

TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

- Solicitar ao estabelecimento empregador o documento 2. DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO e conferir o correto preenchimento da mesma
- Realizar pré-cadastro no app Saúde Já Curitiba para agilizar o processo de vacinação
- Para vacinação: entregar as declarações (documentos 1 e 2) e apresentar documento de identidade com foto E 3. DOCUMENTO QUE COMPROVE SUA VINCULAÇÃO ATIVA COM O ESTABELECIMENTO

UBS / Ponto de Vacinação

- Conferir documentos e declarações apresentadas pelo trabalhador, checando o nome e assinatura do responsável pela Drograria/Farmácia de Manipulação (conforme cópia do documento 1 enviado pelo DS)
- Realizar a vacinação conforme preconizado
- Realizar registros e orientações necessárias
- Arquivar as declarações no serviço enquanto durar a Campanha de Vacinação contra COVID-19

CONTATO DISTRITO SANITÁRIO / EPIDEMIOLOGIA E RESPECTIVOS PONTOS DE VACINAÇÃO

	email	Ponto de vacinação
BAIRRO NOVO	sve.dsbn@sms.curitiba.pr.gov.br	US Parigot de Souza
BOA VISTA	sve.dsbv@sms.curitiba.pr.gov.br	Centro de Esporte e Lazer Avelino Vieira
BOQUEIRÃO	sve.dsbq@sms.curitiba.pr.gov.br	US Jardim Paranaense
CAJURU	sve.dscj@sms.curitiba.pr.gov.br	Us Uberaba
CIC	sve.dscic@sms.curitiba.pr.gov.br	Clube da Gente CIC
MATRIZ	sve.dsmz@sms.curitiba.pr.gov.br	US Ouvidor Pardinho
PINHEIRINHO	sve.dspn@sms.curitiba.pr.gov.br	US Aurora
PORTÃO	sve.dspr@sms.curitiba.pr.gov.br	Rua da Cidadania do Fazendinha
SANTA FELICIDADE	sve.dssf@sms.curitiba.pr.gov.br	US Pinheiros
TATUQUARA	sve.dstq@sms.curitiba.pr.gov.br	Rua da Cidadania do Tatuquara

DECLARAÇÕES

- Abaixo apenas IMAGEM das declarações. Os modelos originais foram enviados às Drogarias e Farmácias de Manipulação pelos Distritos Sanitários e também estão disponíveis (DOCUMENTO 10) em:
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/vigilancia/epidemiologica/vigilancia-de-a-a-z/12-vigilancia/1480-material-gr%C3%A1fico.html>

1. DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 foi iniciada em 18 de janeiro de 2021, com a definição de grupos prioritários para recebimento do imunizante pela Coordenação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde. Dentre os grupos priorizados pelo Ministério da Saúde estão os trabalhadores de Drogarias e Farmácia de Manipulação. Em conformidade com esta orientação, os trabalhadores de Drogarias e Farmácia de Manipulação com licença sanitária vigente estão sendo vacinados pelo município de Curitiba.

Para a administração da vacina e monitoramento da cobertura vacinal deste grupo, a declaração abaixo deve ser preenchida pelo responsável técnico da Drograria / Farmácia de Manipulação que assinará a **DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO**.

O escalonamento para administração destas doses será rigorosamente respeitado de acordo com as orientações repassadas aos municípios pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Orientamos também que as medidas não farmacológicas sejam mantidas e que o intervalo entre as doses da vacina seja respeitado.

(Esta declaração deverá ser enviada por e-mail ao Distrito Sanitário responsável)

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

Declaro para os devidos fins que: _____
inscrito com o CPF nº _____, CRF nº _____

será o responsável em assinar a **DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO** _____

LICENÇA SANITÁRIA _____ endereço _____

Estou ciente que constitui infração administrativa lesiva ao enfrentamento da emergência de saúde o ato de fraudar por qualquer meio a ordem prioritária estabelecida para a vacinação, que enseja a aplicação de multa de R\$ 5.000,00 a R\$ 150.000,00, sem prejuízo das demais sanções cabíveis, conforme Lei Municipal 15.799/21 com as alterações da Lei Municipal n.º 15.805/21.

Afirmo para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal brasileiro e passível de apuração na forma da lei. Por ser verdade, dou fé.

Nome do Responsável: _____
Carimbo e assinatura

Curitiba, ____ / ____ / ____

2. DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 foi iniciada em 18 de janeiro de 2021, com a definição de grupos prioritários para recebimento do imunizante pela Coordenação do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde.

Para a administração da vacina e monitoramento da cobertura vacinal dos grupos priorizados, a declaração abaixo deve ser preenchida e entregue no serviço de saúde responsável pela imunização.

O escalonamento para administração destas doses deve ser rigorosamente respeitado de acordo com as orientações repassadas aos municípios pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Orientamos também que as medidas não farmacológicas sejam mantidas e que o intervalo entre as doses da vacina seja respeitado.

(Esta declaração deverá ser arquivada no serviço de saúde responsável pela imunização)

DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO DO TRABALHADOR DE DROGARIA/FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

Declaro para os devidos fins que: _____
CPF nº _____, trabalha na Drograria / Farmácia de Manipulação _____

LICENÇA SANITÁRIA _____, endereço _____

Estou ciente que constitui infração administrativa lesiva ao enfrentamento da emergência de saúde o ato de fraudar por qualquer meio a ordem prioritária estabelecida para a vacinação, que enseja a aplicação de multa de R\$ 5.000,00 a R\$ 150.000,00, sem prejuízo das demais sanções cabíveis, conforme Lei Municipal 15.799/21 com as alterações da Lei Municipal n.º 15.805/21.

Afirmo para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal brasileiro e passível de apuração na forma da lei. Por ser verdade, dou fé.

Nome do Responsável: _____

Carimbo e assinatura

Curitiba, ____ / ____ / ____