



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

OFÍCIO CIRCULAR Nº 115/2021/SVS/MS

Brasília, 04 de maio de 2021.

Aos (as) Secretários (as) Estaduais da Saúde  
Ao Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS  
Ao Presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS  
Aos Presidentes dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS

**Assunto: Orientações referentes a comprovação para vacinação de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente, gestantes e puérperas.**

Senhor Secretário,

1. Ao cumprimentá-lo (a) cordialmente, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações, do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde deste Ministério da Saúde (CGPNI/DEIDT/SVS/MS), vem por meio deste fornecer **orientações que tratam dos documentos comprobatórios para fins da vacinação dos grupos de pessoas com comorbidades, pessoas com deficiência permanente, gestantes e puérperas.**
2. Em caráter de continuidade à operacionalização da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19, considerando o alcance de oferta de vacinas COVID-19 à totalidade da população idosa, (60 anos ou mais) e demais grupos-alvo prévios (trabalhadores de saúde, pessoas com 60 anos ou mais residentes em Instituição de longa permanência, pessoas com deficiência institucionalizadas, indígenas vivendo em terras indígenas, povos e comunidades tradicionais Ribeirinhas e Quilombolas), **de acordo com as estimativas iniciais**, a Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações, apresentou a estratégia de vacinação para os próximos grupos por meio da NOTA TÉCNICA Nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS.
3. A referida Nota Técnica trata da inclusão do grupo de gestantes e puérperas em até 45 dias após o parto, a partir de 18 anos, e da estratégia de priorização do grupo de pessoas com comorbidades e pessoas com deficiência permanente.
4. Considerando o disposto no Anexo I do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (6ª edição), que trata da descrição dos grupos prioritários e recomendações para vacinação, **este ofício retifica as recomendações de comprovação das pessoas com comorbidades e portadores de deficiência e ratifica as recomendações para os grupos de pessoas com comorbidades, gestantes e puérperas.**

**ORIENTAÇÕES PARA COMPROVAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS COM COMORBIDADES**

5. Para indivíduos que fazem acompanhamento pelo SUS, **poderá ser utilizado o cadastro já existente da sua unidade de referência, como comprovante que este faz acompanhamento da referida condição de saúde**, a exemplo dos programas de acompanhamento de diabéticos. Sugerimos, **quando possível**, que se aproveite a oportunidade para cadastrar os usuários ainda não cadastrados na Atenção Básica.

6. Aqueles que não tiverem cadastrado na Atenção Básica **deverão apresentar um comprovante** que demonstre pertencer a um dos seguimentos contemplados no grupo de comorbidades, **atendendo às definições do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (PNO)**, podendo ser utilizado:

- Laudos, declarações, prescrições médicas ou relatórios médicos com descritivo ou CID da doença ou condição de saúde, CPF ou CNS do usuário, assinado e carimbado, em versão original; (sugestão anexa)

### **ORIENTAÇÕES PARA COMPROVAÇÃO DO GRUPO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE**

7. A deficiência deverá ser comprovada por meio de qualquer documento comprobatório, desde que em atendimento ao conceito de deficiência permanente adotado pelo PNO, que segue:

- Laudo médico que indique a deficiência;
- Cartões de gratuidade no transporte público que indique condição de deficiência;
- Documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência;
- Documento oficial de identidade com a indicação da deficiência ou qualquer outro documento que indique se tratar de pessoa com deficiência.

8. Em decorrência do critério de priorização adotado para o grupo de pessoas com deficiência permanente, conforme a Nota Técnica 467/2021, viabilizando a antecipação da vacinação de uma parcela dessa população-alvo, os indivíduos pertencentes a esse grupo cadastrados no Programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC) deverão comprovar ser beneficiário para vacinação, de acordo com a estratégia apresentada na referida Nota Técnica.

9. Adicionalmente recomenda-se que para a operacionalização da vacinação das pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde articulem com as respectivas Secretarias de Assistência Social, afim de identificar estratégias que potencializem o alcance dessa população-alvo.

### **ORIENTAÇÕES PARA COMPROVAÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES E PUÉRPERAS**

10. Para vacinação prioritária, conforme fase I dessa etapa atual da campanha, a gestante e a puérpera com comorbidade deverá comprovar a condição de risco conforme recomendações de comprovação do grupo de comorbidades.

11. Para vacinação das demais gestantes e puérperas, conforme a faixa de idade (fase II), a mulher deverá comprovar estado gestacional (ex. carteira de acompanhamento da gestante/pré-natal, laudo médico) ou fase de puerpério (ex. declaração de nascimento da criança, certidão de nascimento), e pertencer à faixa de idade recomendada para vacinação.

12. Diante do quantitativo ainda limitado na disponibilidade das vacinas para oferta à população-alvo da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 2021, o PNI segue reforçando a importância das doses distribuídas serem destinadas aos grupos pré-determinados, principalmente considerando essa a etapa com maior número de pessoas para alcance.

13. Para informações adicionais, a Coordenação Geral do PNI se coloca à disposição pelo e-mail [cgpni@saude.gov.br](mailto:cgpni@saude.gov.br)

**ANEXO****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) \_\_\_\_\_ (nome do paciente) \_\_\_\_\_, 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

Atenciosamente,

ARNALDO CORREIA DE MEDEIROS  
Secretário  
Secretaria de Vigilância em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Arnaldo Correia de Medeiros, Secretário(a) de Vigilância em Saúde**, em 05/05/2021, às 08:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0020373688** e o código CRC **FF5C15A8**.

05/05/2021

SEI/MS - 0020373688 - Ofício-Circular

Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS  
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040  
Site - saude.gov.br