

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 Drogaria / 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, ____ / ____ / _____

**CONTATO DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVOS PONTOS DE VACINAÇÃO PARA TRABALHADOR DE
DROGARIA / FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO**

	email	Ponto de vacinação
BAIRRO NOVO	sve.dsbm@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