

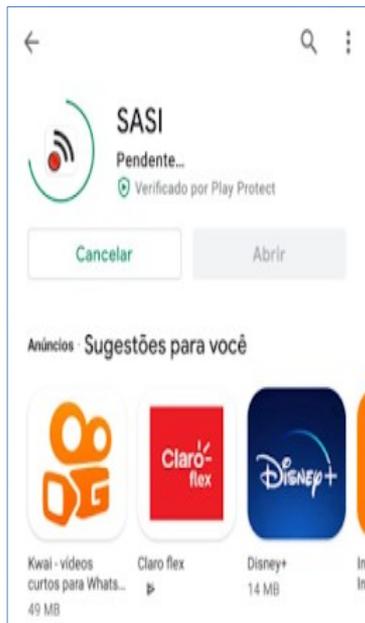


Prefeitura do Município de Porto Velho Superintendência Municipal de Tecnologia e Informação SMTI

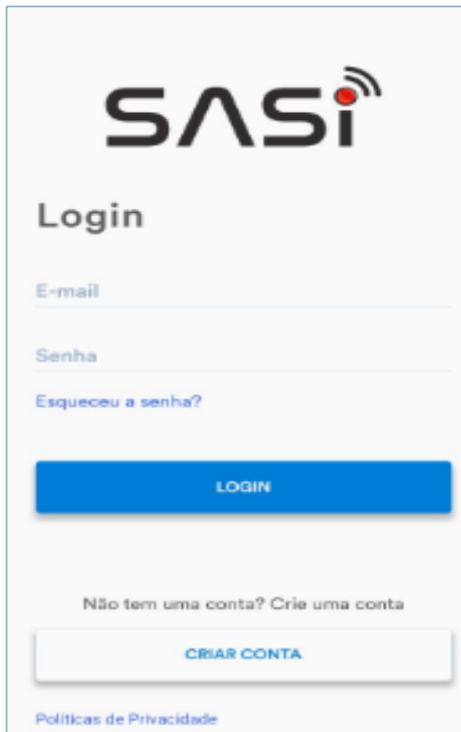


Aplicativo Cadastro e Agendamento de Vacinação

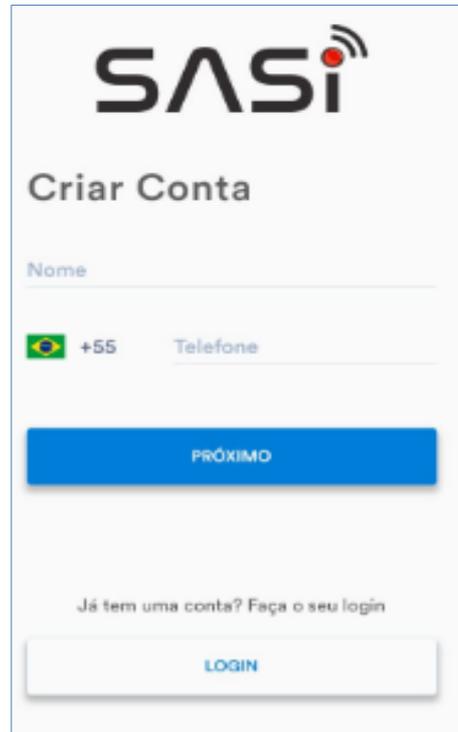
1º PASSO: baixar o aplicativo SASI pelo celular



2º PASSO: efetuar o cadastro no aplicativo



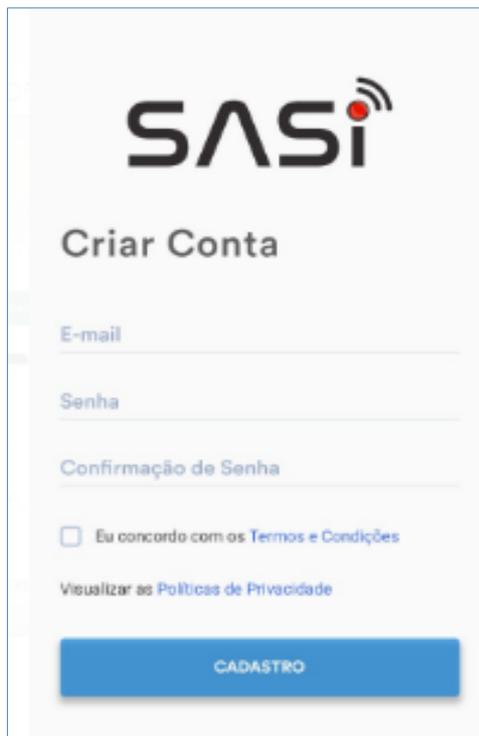
The screenshot shows the login interface of the SASi app. At the top is the SASi logo. Below it, the word "Login" is displayed. There are two input fields: "E-mail" and "Senha". A link "Esqueceu a senha?" is positioned below the password field. A prominent blue button labeled "LOGIN" is centered on the screen. At the bottom, there is a link "Não tem uma conta? Crie uma conta" and a white button labeled "CRIAR CONTA". A link for "Políticas de Privacidade" is located at the very bottom.



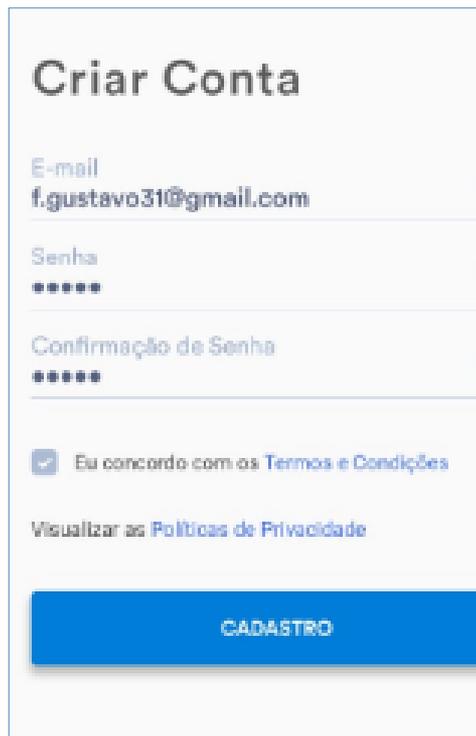
The screenshot shows the registration interface of the SASi app. At the top is the SASi logo. Below it, the text "Criar Conta" is displayed. There is an input field for "Nome". Below that is a phone number input field with a Brazilian flag icon and "+55" as a prefix, and a label "Telefone". A prominent blue button labeled "PRÓXIMO" is centered on the screen. At the bottom, there is a link "Já tem uma conta? Faça o seu login" and a white button labeled "LOGIN".

Caso não tenha cadastro,
clique em **CRIAR CONTA**

2º PASSO: efetuar o cadastro no aplicativo



The screenshot shows the 'Criar Conta' (Create Account) screen of the SASi application. At the top is the SASi logo. Below it, the title 'Criar Conta' is displayed. The form includes fields for 'E-mail', 'Senha' (Password), and 'Confirmação de Senha' (Confirm Password). There is a checkbox for 'Eu concordo com os Termos e Condições' (I agree with the Terms and Conditions) and a link to 'Visualizar as Políticas de Privacidade' (View Privacy Policy). A blue 'CADASTRO' (REGISTER) button is at the bottom.

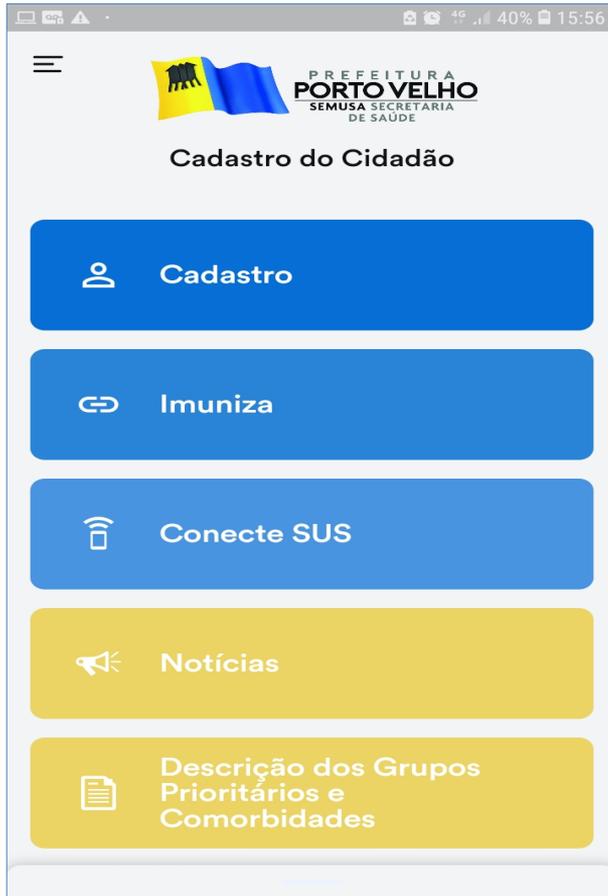


This screenshot shows the 'Criar Conta' screen with the form filled out. The 'E-mail' field contains 'f.gustavo31@gmail.com'. The 'Senha' and 'Confirmação de Senha' fields are masked with dots. The 'Eu concordo com os Termos e Condições' checkbox is checked. A link for 'Visualizar as Políticas de Privacidade' is visible. A blue 'CADASTRO' button is at the bottom.



The screenshot shows the profile code entry screen. At the top is the SASi logo. Below it, the text 'Inserir código de perfil' (Enter profile code) is displayed. The code 'P V H 2 1' is entered in a sequence of five input fields. A button labeled 'NÃO TENHO UM CÓDIGO DE PERFIL' (I DON'T HAVE A PROFILE CODE) is below the input fields. A blue 'PRÓXIMO' (NEXT) button is at the bottom. Below the button, the text 'Usar conta diferente? Sair' (Use a different account? Logout) is displayed.

Aplicativo do Cidadão



USUÁRIO REALIZA SEU CADASTRO

ACESSO AO SITE <https://imuniza.portovelho.ro.gov.br/>

ACESSO AO CNS, RESULTADO EXAMES COVID, COMPROVANTE DE VACINAÇÃO

USUÁRIO TEM ACESSO A NOTÍCIAS

DESCREVE QUEM SÃO OS GRUPOS PRIORITÁRIOS E COMORBIDADES



← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

QUEM PODE FAZER CADASTRO?
O cadastro para vacinação está disponível **SOMENTE PARA MORADORES DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO**. Haverá necessidade de anexar comprovação (título de eleitor ou comprovante de residência em seu nome) atualizados para validar seu cadastro.*

Li, estou ciente.

QUEM NÃO PODE VACINAR?

- Menores de 18 anos;
- Pessoas que tiveram resultado de exame PCR positivo para COVID-19 com menos de 4 semanas;
- Pessoas que tomaram outra vacina nos últimos 15 dias;*

Li, estou ciente.

QUANDO DEVO TOMAR A 2ª DOSE?
1ª DOSE CORONAVAC – 2ª DOSE até 28 dias;
1ª DOSE ASTRazenica – 2ª DOSE até 90 dias;
1ª DOSE PFIZER - 2ª DOSE até 21 dias; Observe a anotação no seu cartão de vacina.*

Li, estou ciente.

QUAIS DOCUMENTOS APRESENTAR NO LOCAL DE VACINAÇÃO?

- Documento com foto que comprove grupo prioritário (crachá profissional ou carteira profissional);
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão SUS);
- Título de Eleitor ou Comprovante de residência em seu nome;
- Em caso de grupo comorbidades, apresentar Laudo Médico ou cartão do HIPERDIA para os diabéticos e hipertensos, prescrição Médica e Carteira de BPC para deficientes permanentes.*

Li, estou ciente.

PRÓXIMO

São campos Obrigatórios para ciência do usuário

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Para quem é o cadastro?*

Para Mim Para Outro

Nome do Beneficiário*

CPF do Beneficiário*

Data de Nascimento (acima de 18 ...)

Nome da Mãe*

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - ...

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Endereço
Rua das Flores nº 405

Bairro
Alphaville

CEP (Opcional)

Complemento

PRÓXIMO

- Bairro não informado
- 04 de janeiro
- 22 de Dezembro
- Aeroclube
- Agenor de Carvalho
- Alphaville
- Antares
- Aponiã
- Areal da Floresta
- Areal
- Areia Branca
- Arigolandia
- Baixa União
- Belem
- PROXIMO

Opção Bairro abre lista de nome de bairros de Porto Velho. Caso o usuário seja morador de Distrito, informar aqui!



← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Gestante?

Sim Não

Puérpera até 45 dias após o parto?

Sim Não

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Gestante?

Sim Não

Qual mês de gestação?

Qual mês de gestação? ▾

Puérpera até 45 dias após o parto?

Sim Não

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Gestante?

Sim Não

Primeiro

Segundo

Terceiro

Quarto

Quinto

Sexto

Sétimo

Oitavo

Nono

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Gestante?

Sim Não

Puérpera até 45 dias após o parto?

Sim Não

PRÓXIMO

Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Possui comorbidades?

Sim Não

Comorbidades

- Diabetes Mellitus
- Hipertensão Arterial Sistêmica (Pressão Alta)
- Doença Cerebrovascular
- Imunossuprimidos
- Obesidade mórbida (IMC) ≥ 40
- Cirrose Hepática
- Pneumopatias Crônicas graves
- Doenças Cardiovasculares
- Doença Renal Crônica
- Anemia falciforme
- Síndrome de Down

PRÓXIMO

se **SIM**, abre lista de comorbidades definidas pelo Ministério da Saúde.

se **NÃO**, basta clicar no botão

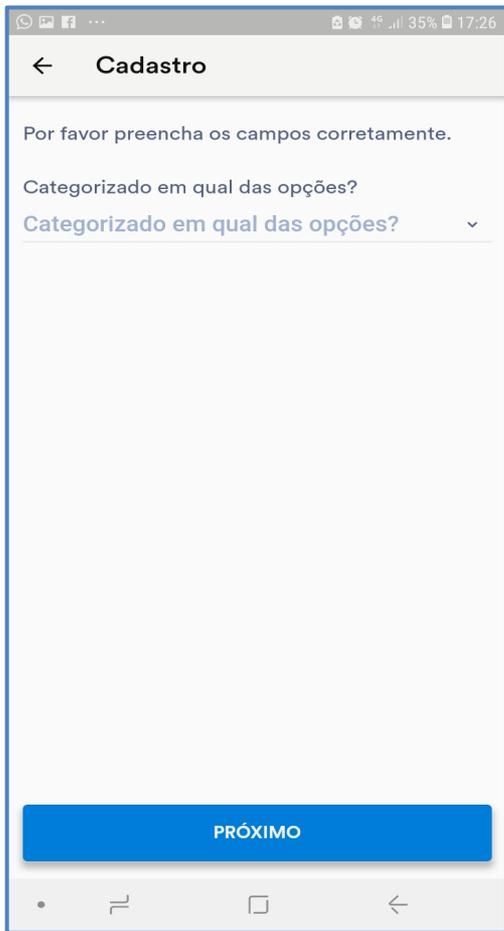
Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Possui comorbidades?

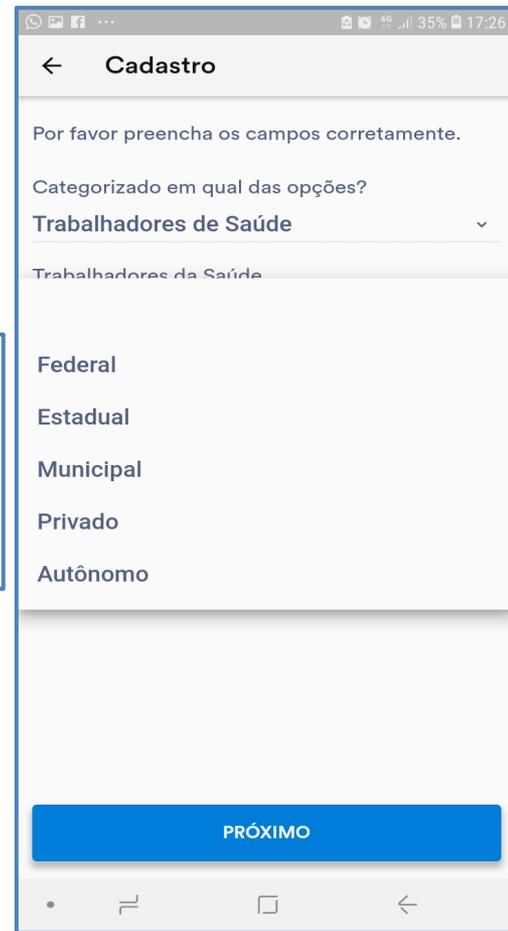
Sim **Não**

PRÓXIMO



Grupo
Prioritário
definido
pelo MS

A blue callout box with a white background and a blue border, containing the text 'Grupo Prioritário definido pelo MS'. Two blue arrows point from the box to the 'Trabalhadores de Saúde' option in the middle screenshot.



← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Categorizado em qual das opções?

Outro

Forças Armadas (membros ativos)

Forças de Segurança e Salvamento

Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade

Trabalhadores da Educação

Trabalhadores de Saúde

Trabalhadores de Transporte

Trabalhadores Portuários

PRÓXIMO

GRUPOS POR PRIORIDADE:

1. Trabalhadores da Saúde;
2. Pessoas com Deficiência Permanente;
3. Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade;
4. Trabalhadores da Educação
 - a) Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA);
 - b) Ensino Superior.
5. Forças de Segurança e Salvamento;
6. Forças Armadas;
7. Trabalhadores transporte
 - a) Rodoviário;
 - b) Ferroviário;
 - c) Aéreo;
 - d) Aquaviário.
8. Caminhoneiros;
9. Trabalhadores Portuários e Industriais;
10. Outro

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Você tem dificuldade de a Locomoção Física e/ ou Transtorno Mental?

Sim Não

se **SIM**, paciente terá em uma das duas escolhas de locais de vacinação, o **Drive Thru**

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Você é Acamado?

Sim Não

“Os atendimentos para os pacientes acamados serão realizados em domicílio pela equipe da atenção básica. Aguardar contato da SEMUSA para informar a data de visita”

Li, estou ciente.

Este campo é obrigatório

se **SIM**, paciente será informado que o atendimento será realizado em domicílio pela equipe de atenção básica SEMUSA

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Você foi vacinado com a 1ª dose?*

Sim Não

Quando?*

Qual Vacina? (Conforme cartão de vacina) *

CORONAVAC

ASTRAZENECA

PFIZER

NÃO SEI

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Você foi vacinado com a 1ª dose?*

Sim Não

Quando?

Qual Vacina? (Conforme cartão de vacina).
CORONAVAC

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Você foi vacinado com a 1ª dose?*

Sim **Não**

PRÓXIMO



← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Possui Título de Eleitor em Porto Velho?

Sim Não

Anexe o Documento aqui 

Confirmo que anexeí.

Possui Comprovante de Residência em Porto Velho no seu Nome?

Sim Não

Anexe o Documento aqui 

Confirmo que anexeí.

PRÓXIMO

4 de 5

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Email do Beneficiário*

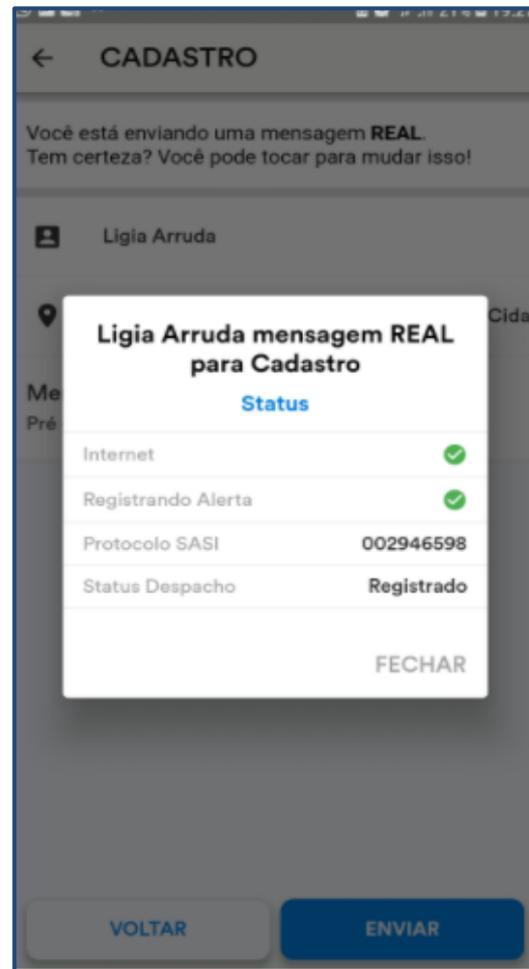
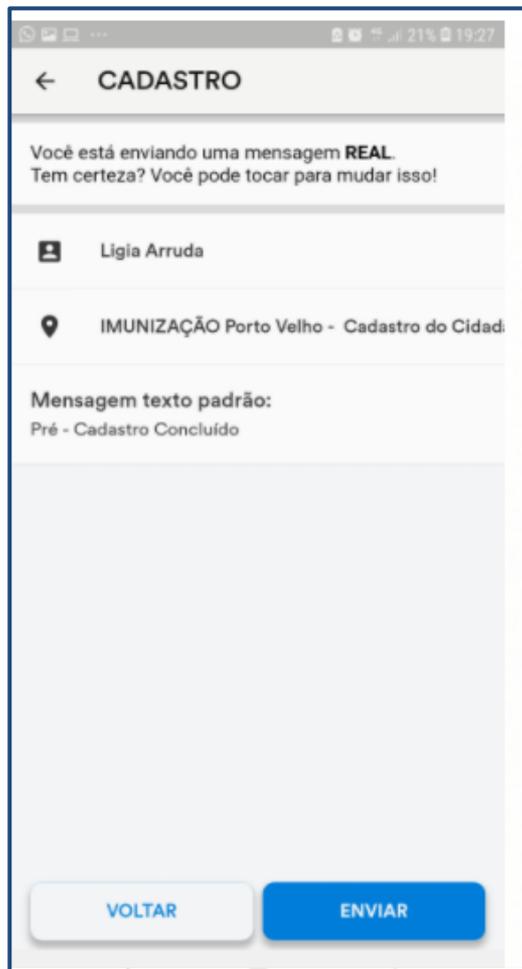
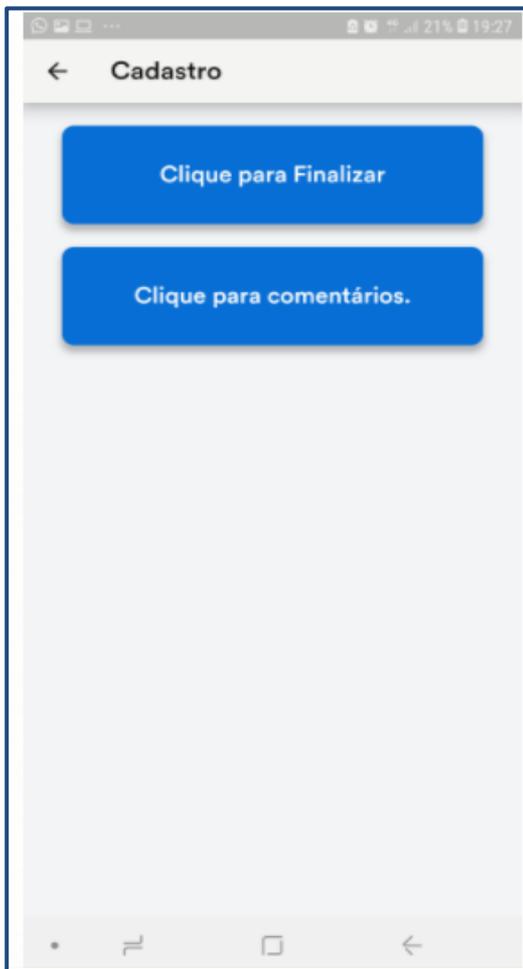
Telefone para contato do Beneficiário*

 +55

Você deseja ser voluntário na Vacinação?

Sim Não

PRÓXIMO



COMPROVANTE DE CADASTRO ENVIADO POR E-MAIL

Seu cadastro foi realizado!

Olá, João da Silva

O seu cadastro foi realizado com sucesso! Agora você precisa aguardar a CONFIRMAÇÃO DO SEU AGENDAMENTO com data, local e horário de verão.

Em caso de **ERRO** nos dados cadastrados, por favor faça um novo cadastro para validação.



Nome do Beneficiário: João da Silva
Data de Nascimento: 01/01/1946
Nome da Mãe: Maria da Silva
Categoria: Profissional de Saúde
Comorbidades: Doença Renal Crônica
Anemia Falciforme
Cirrose Hepática

Observações

O cadastro para vacinação está disponível SOMENTE PARA MORADORES DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO. Haverá necessidade de anexar comprovação (título de eleitor ou comprovante de residência em seu nome) atualizados para validar seu cadastro.

QUEM NÃO PODE VACINAR?

- Menores de 18 anos;
- Pessoas que tiveram resultado de exame PCR positivo para COVID-19 com menos de 4 semanas;
- Pessoas que tomaram outra vacina nos últimos 15 dias.

QUANDO DEVO TOMAR A 2ª DOSE?

- 1ª DOSE CORONAVAC – 2ª DOSE com 28 dias;
- 1ª DOSE ASTRAZENICA – 2ª DOSE com 90 dias;
- 1ª DOSE PFIZER - 2ª DOSE até 21 dias;
- Observe a anotação no seu cartão de vacina.

QUAIS DOCUMENTOS APRESENTAR NO LOCAL DE VACINAÇÃO?

- Documento com foto que comprove grupo prioritário (crachá profissional ou carteira profissional);
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão SUS);
- Título de Eleitor ou Comprovante de residência em seu nome;
- Em caso de grupo comorbidades, apresentar Laudo Médico ou cartão do HIPERDIA para os diabéticos e hipertensos, prescrição médica e Carteira de BPC para deficientes permanentes;

Por favor não responder este E-mail!

COMPROVANTE DE AGENDAMENTO ENVIADO POR E-MAIL

Agendamento Confirmado!

Olá, João Rodrigo Cunha da Silva

Confirmação de Agendamento compartilhou
essa mensagem com você!



Nome do Beneficiário:

João Rodrigo Cunha da Silva

Data de Nascimento:

23/08/1987

Nome da Mãe:

Maria Elisângela Cunha da Silva

Local Agendado:

Clube dos Pensadores Joaquim Barbosa,
Rua Vasco da Gama 876a, Angelina
Correia, Cidade Nova, Porto Velho
69000-654

Data:

24/03/2021

Horário:

08:30



Observações

O cadastro para vacinação está disponível SOMENTE PARA MORADORES DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO. Haverá necessidade de anexar comprovação (título de eleitor ou comprovante de residência em seu nome) atualizados para validar seu cadastro.

QUEM NÃO PODE VACINAR?

- Menores de 18 anos;
- Pessoas que tiveram resultado de exame PCR positivo para COVID-19 com menos de 4 semanas;
- Pessoas que tomaram outra vacina nos últimos 15 dias.

QUANDO DEVO TOMAR A 2ª DOSE?

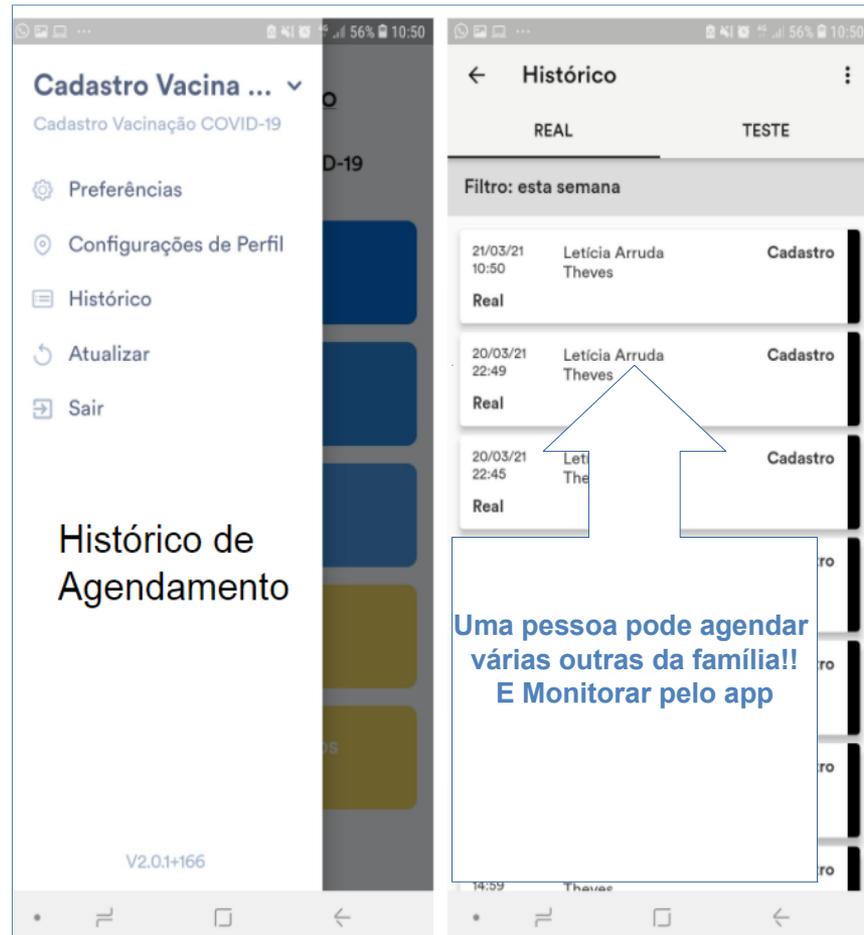
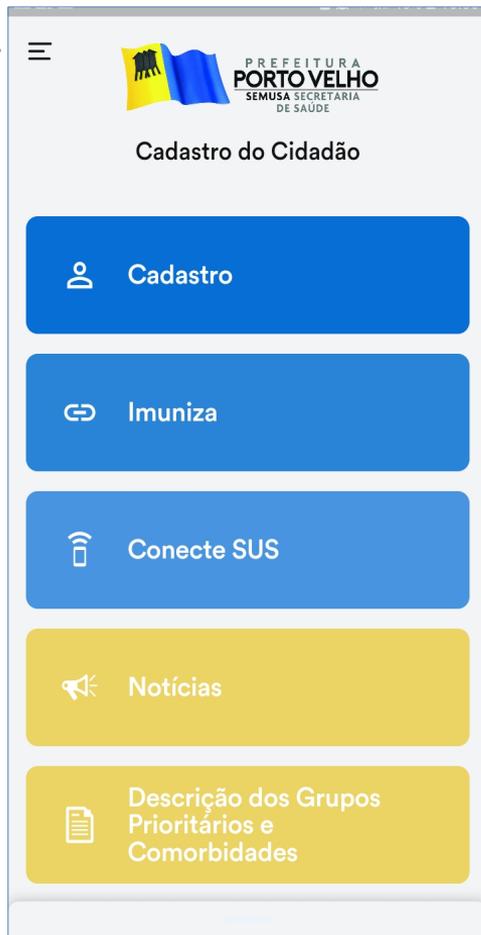
- 1ª DOSE CORONAVAC – 2ª DOSE com 28 dias;
 - 1ª DOSE ASTRAZENICA – 2ª DOSE com 90 dias;
 - 1ª DOSE PFIZER - 2ª DOSE até 90 dias;
- Observe a anotação no seu cartão de vacina.

QUAIS DOCUMENTOS APRESENTAR NO LOCAL DE VACINAÇÃO?

- Documento com foto que comprove grupo prioritário (crachá profissional ou carteira profissional);
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão SUS);
- Título de Eleitor ou Comprovante de residência em seu nome;
- Em caso de grupo comorbidades, apresentar Laudo Médico ou cartão do HIPERDIA para os diabéticos e hipertensos, prescrição médica e Carteira BPC para deficientes permanentes;

Por favor não responder este E-mail!

HISTÓRICO NO
APLICATIVO



Uma pessoa pode agendar
várias outras da família!!
E Monitorar pelo app

Realize o cadastro para vacinação COVID-19 aqui!



SEU CÓDIGO DE ATIVAÇÃO É:
PVH21

Instale agora!



1. Na loja de aplicativos, busque SASi e clique em "Instalar".



2. Digite o seu nome e telefone, com DDD, e clique em "Próximo".



3. Coloque o seu e-mail, crie uma senha, aceite os termos e Condições e clique em "Cadastro".



4. Por fim, digite o código de ativação PVH21.

BAIXE E INSTALE O APLICATIVO
NA PLATAFORMA SASI!



powered by
SASI
Colar de dados e alertas
mais ágil e confiável



PREFEITURA
PORTO VELHO
SEMUSA SECRETARIA
DE SAÚDE

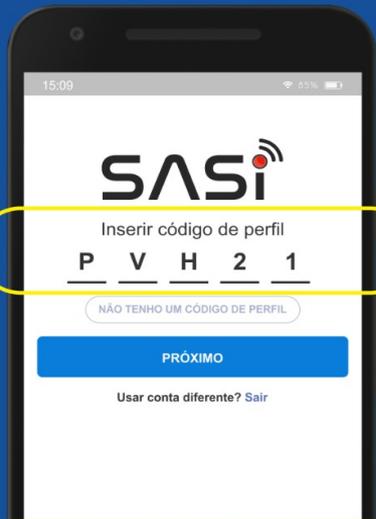


Prefeitura Municipal de
Porto Velho



IMUNIZAÇÃO PORTO VELHO AGENDE A SUA VACINA AQUI!

Ao se cadastrar, informe o código de ativação:



15:09

SASi

Inserir código de perfil

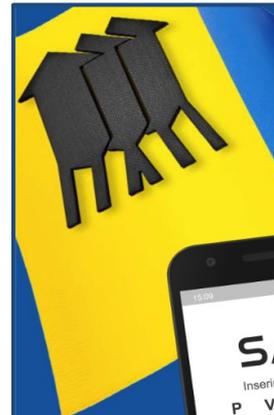
P V H 2 1

NÃO TENHO UM CÓDIGO DE PERFIL

PRÓXIMO

Usar conta diferente? Sair

BAIXE E INSTALE O APLICATIVO NA PLATAFORMA SASI!



IMUNIZAÇÃO PORTO VELHO AGENDE A SUA VACINA AQUI!



SASi

Inserir código de perfil

P V H 2 1

NÃO TENHO UM CÓDIGO DE PERFIL

PRÓXIMO

Usar conta diferente? Sair

Código de ativação:
PVH21

BAIXE E INSTALE O APLICATIVO NA PLATAFORMA SASI!





Prefeitura disponibiliza 0800 para tirar dúvidas sobre o aplicativo SASI

O aplicativo tem como objetivo facilitar o processo de imunização contra a Covid-19. Em caso de dúvidas, a população pode entrar em contato pelo telefone **0800 647 5225**, das 7h às 21h.



PREFEITURA
PORTO VELHO