

A **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará** (Sesa), disponibiliza o **telefone 0800 275 1475** para eventuais questionamentos e dúvidas sobre a vacinação. Também disponibiliza o número **(85) 9.8439-0647**, do Plantão Coronavírus.

PASSO 01:

Basta acessar a página do **Saúde Digital** através deste link <https://vacinacaocovid.saude.ce.gov.br/#/boas-vindas> para preenchimento do formulário, será exibido uma tela, nela haverá a opção **"Ainda não tenho cadastro"** a qual deverá ser clicada pelo usuário.

FIQUE ATENTO

Bem-vindo ao cadastro Estadual Único para vacinação da COVID-19 no Ceará. O novo sistema tem como objetivo ajudar a organizar e otimizar o plano de imunização da população do Ceará com inovação e eficiência. Dessa forma, os municípios que aderirem possuem a possibilidade:

- Acompanhar o cadastro da sua população nos grupos prioritários
- Agendar a vacinação dos seus cidadãos
- Dar transparência as filas de agendamento e cidadãos vacinados
- Registrar as doses a partir de QR code, facilitando a aplicação da vacinação em qualquer local (visita domiciliar, centros de vacinação)
- Envio da aplicação das doses diretamente para o SIPNI

Para o cidadão significa facilidade do cadastro através da ampliação dos canais online, além de

JÁ TENHO CADASTRO

AINDA NÃO TENHO CADASTRO

DÚVIDAS FREQUENTES

PASSO 02:

O usuário deverá preencher os dados como **nome, CPF, fone para contato, local de nascimento e País de origem** antes de passar para a próxima página.

IDENTIFIQUE-SE!

Preencha corretamente os dados abaixo, você irá utilizá-los para acesso e conferência do status de agendamento.

PAIS DE ORIGEM *OBRIGATORIO

BRASIL

Informe seu país de origem

CPF *OBRIGATORIO

Informe seu CPF

Digite sem ponto ou traços

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE *OPCIONAL

Informe o número do seu Cartão Nacional de Saúde

NOME COMPLETO *OBRIGATORIO

Informe seu nome completo (sem acentuação)

DATA DE NASCIMENTO *OBRIGATORIO

Informe sua data de nascimento

NOME DA MÃE *OBRIGATORIO

Informe o nome completo de sua mãe (sem acentuação)

FONE PARA CONTATO *OBRIGATORIO

Informe DDD + Número de Telefone

SEXO *OBRIGATORIO

Clique e selecione uma das opções apresentadas

RAÇA/COR *OBRIGATORIO

Clique e selecione uma das opções apresentadas

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS *OBRIGATORIO

Clique e selecione uma das opções apresentadas

PASSO 03:

Na segunda página, o usuário deverá informar se faz uso de **imunoglobina, é acamado ou faz parte de algum grupo destacado nas fases iniciais da vacinação**. Após responder "sim" ou "não" na maioria das perguntas a pessoa é convidada a ir a uma terceira página.

Observação: O campo **PESSOA INSTITUCIONALIZADA** se refere a quem mora em instituições para idosos (casas de repouso, asilos ou abrigos) ou em residência inclusiva (moradia para jovens e adultos com deficiência, oferecida pelo Serviço de Acolhimento Institucional).

CADASTRO ESTADUAL DE VACINAÇÃO
CONTRA COVID-19

IDENTIFIQUE-SE!
Preencha corretamente os dados abaixo, você irá utilizá-los para acesso e conferência do status de agendamento.

<p>PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas	<p>PERTENCE A OUTRO GRUPO PRIORITÁRIO? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas
<p>PESSOA INSTITUCIONALIZADA? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas	<p>TEVE COVID RECENTEMENTE? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas
<p>PESSOA RESTRITA AO LEITO (ACAMADO)? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas	<p>FAZ USO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas
<p>POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas	<p>PACIENTE ONCOLÓGICO, TRANSPLANTADO E DEMAIS PACIENTES IMUNOSSUPRIMIDOS? <small>*OBRIGATÓRIO</small></p> <input type="text"/> Clique e selecione uma das opções apresentadas

PASSO 04:

Nesta etapa, o usuário deverá incluir **dados sobre sua localização** em território cearense. As informações servirão para posterior agendamento da pessoa para receber a vacina.

CADASTRO ESTADUAL DE VACINAÇÃO
CONTRA COVID-19

ENDEREÇO DO PACIENTE
Preencha com bastante atenção.

CEP *OBRIGATÓRIO
Preencha com o CEP válido. Ex: 00000-000

ENDEREÇO *OBRIGATÓRIO
Preencha com o endereço completo. Ex: Rua ABC, nº 123, Bloco 1, Apto. 456

NÚMERO *OBRIGATÓRIO
Preencha com o número do imóvel. Ex: 123

COMPLEMENTO *OPCIONAL
Informe, se houver, complemento do seu endereço (Bloco, Apto, etc).

BAIRRO *OBRIGATÓRIO
Preencha com o nome do bairro. Ex: Centro

MUNICÍPIO *OBRIGATÓRIO
Selecione o município em que reside. Ex: FORTALEZA

ESTADO *OBRIGATÓRIO
Clique e selecione o município em que reside. Ex: CE

Em que estado você mora?
CE

PASSO 05:

Após o preenchimento, o usuário é direcionado para uma **quarta página**, na qual deverá **confirmar os dados principais**, fornecer uma **senha de acesso** e um **e-mail para confirmação** do cadastro de acordo com a imagem abaixo onde está destacado em vermelho. Será necessário marcar a **DECLARAÇÃO DE QUE ESTÁ CIENTE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS** onde está indicando a seta em vermelho na imagem abaixo. Para finalizar informar que não se trata de um robô e concluir o cadastro. **Será enviada uma mensagem ao e-mail informado para que seja finalizado o processo de cadastro, necessitando que o usuário acesse o e-mail e clique em confirmar cadastro. Caso não visualize a mensagem na CAIXA DE ENTRADA verifique no SPAM. Informo que o cadastro só será válido e concluído após confirmação no e-mail.**

CADASTRO ESTADUAL DE VACINAÇÃO
CONTRA COVID-19

Você receberá um e-mail de confirmação em até 30 minutos após finalizar seu cadastro. Confira a sua caixa de entrada e também a lixeira (caixa de spam). Se não receber o e-mail, ligue para 0800 275 1475.

RESUMO DOS DADOS
Confirme seus dados abaixo

RESIDENTE NO ENDEREÇO
RUA OSÓRIO MARTINS, Nº 240 - CENTRO, ALTO SANTO/CE

NASCIMENTO(A) EM
13/05/1997

INSTITUCIONALIZADO
NÃO

COMUNIDADE
NÃO SE APLICA

PROFISÃO
OUTRAS ÁREAS

POSSUI DEFICIÊNCIA?
NÃO

OUTRO GRUPO PRIORITÁRIO
NÃO SE APLICA

Declaro estar ciente de que sou plenamente responsável pelas informações aqui prestadas, a serem necessariamente comprovadas no ato da vacinação, e de que a prestação de informações inverídicas neste formulário está sujeita às sanções cabíveis, de natureza cível, administrativa e criminal.

DADOS DE ACESSO
Os dados abaixo te dão acesso ao sistema

CPF
Este CPF foi informado no início do cadastro e será o seu login

SENHA DE ACESSO *OBRIGATÓRIO
*deve conter, no mínimo, 6 caracteres entre números e letras

E-MAIL *OBRIGATÓRIO
Digite um e-mail válido

REPITA O E-MAIL *OBRIGATÓRIO
Digite um e-mail válido