



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

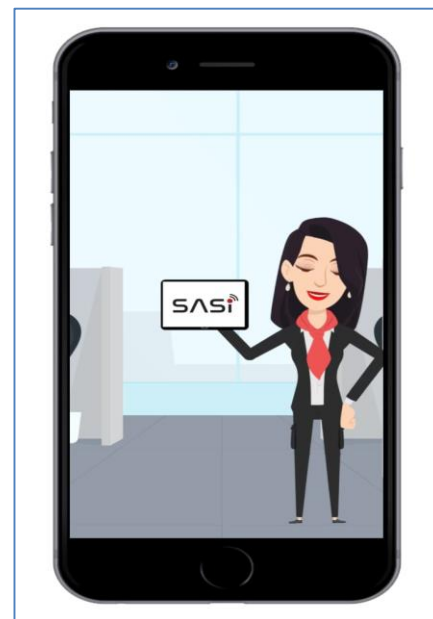
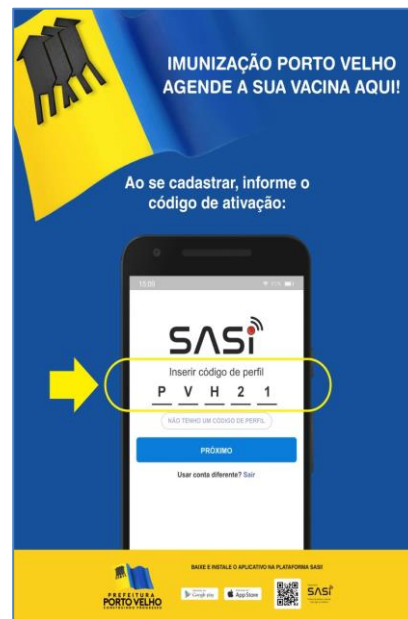
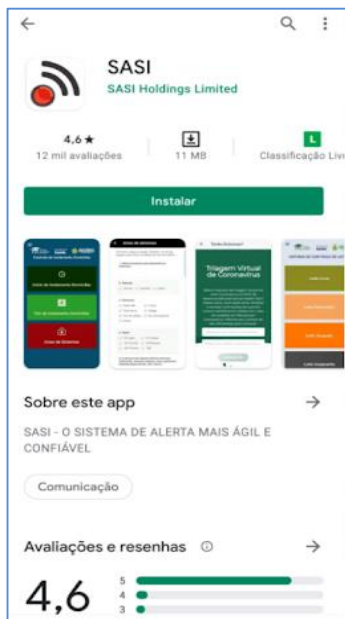


SASi

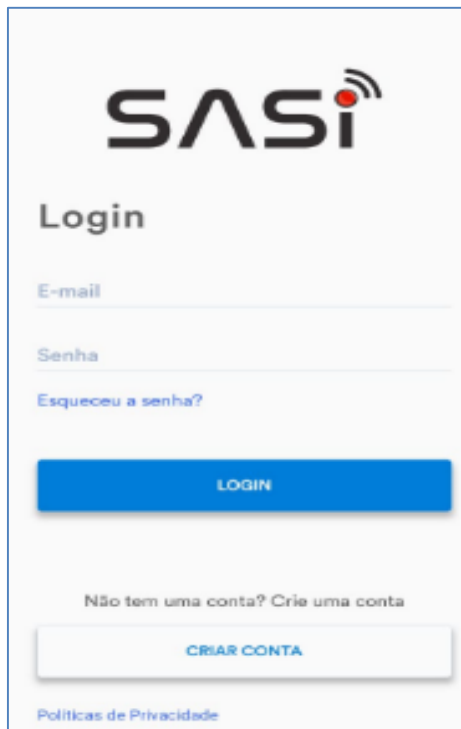
P V H 2 1

Aplicativo Cadastro e Agendamento de Vacinação

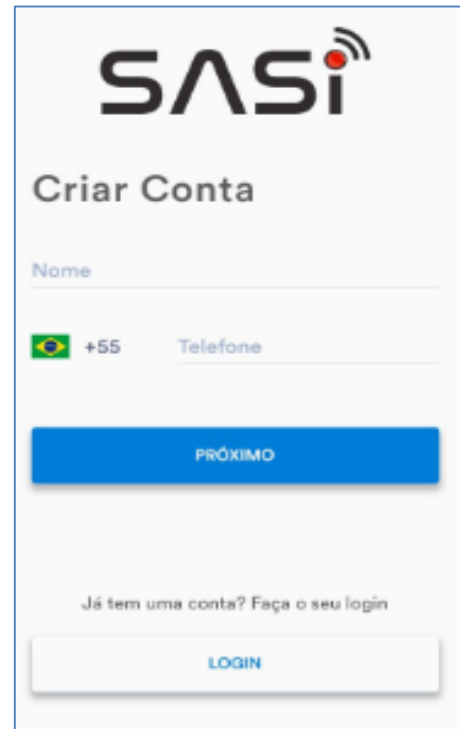
1º PASSO: baixar o aplicativo SASI pelo celular



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 located 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 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 field with a Brazilian flag icon, "+55", and the 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



SASi

Criar Conta

E-mail

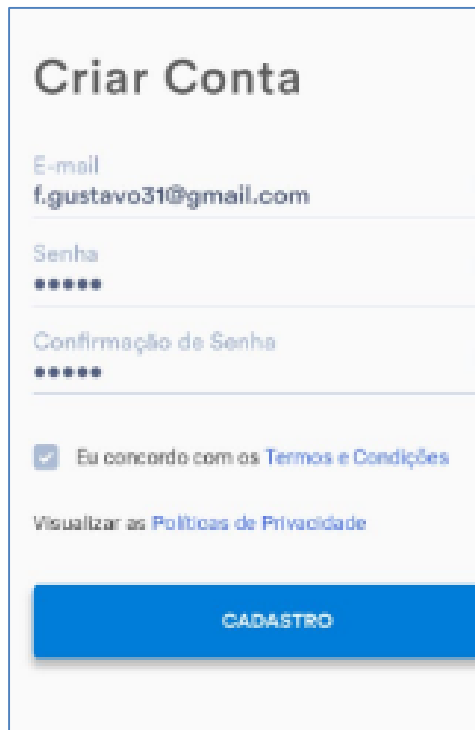
Senha

Confirmação de Senha

Eu concordo com os [Termos e Condições](#)

[Visualizar as Políticas de Privacidade](#)

CADASTRO



Criar Conta

E-mail
f.gustavo31@gmail.com

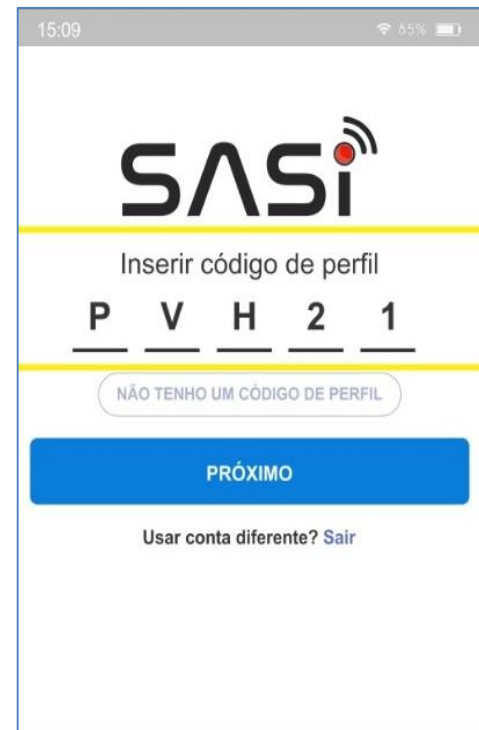
Senha

Confirmação de Senha

Eu concordo com os [Termos e Condições](#)

[Visualizar as Políticas de Privacidade](#)

CADASTRO



15:09 45%

SASi

Inserir código de perfil

P V H 2 1

[NÃO TENHO UM CÓDIGO DE PERFIL](#)

PRÓXIMO

Usar conta diferente? [Sair](#)



Aplicativo do Cidadão

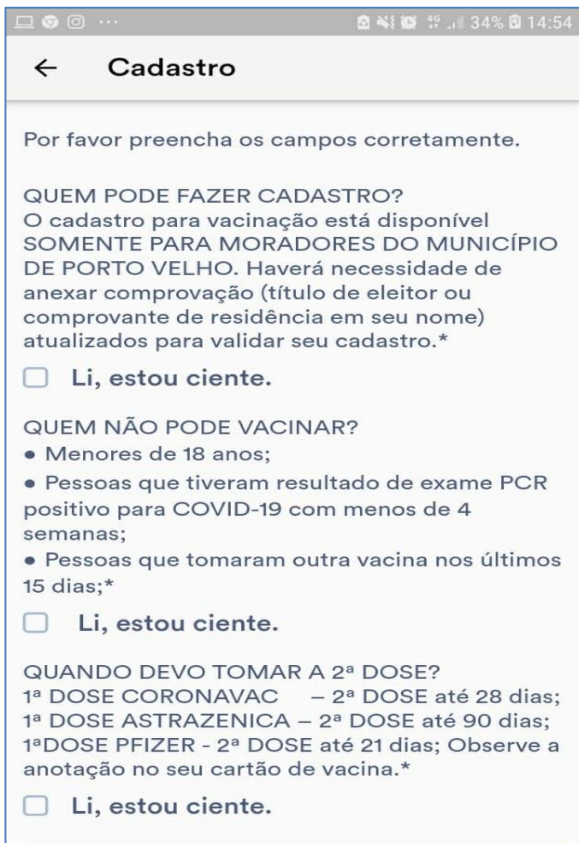
USUÁRIO REALIZA SEU CADASTRO

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.

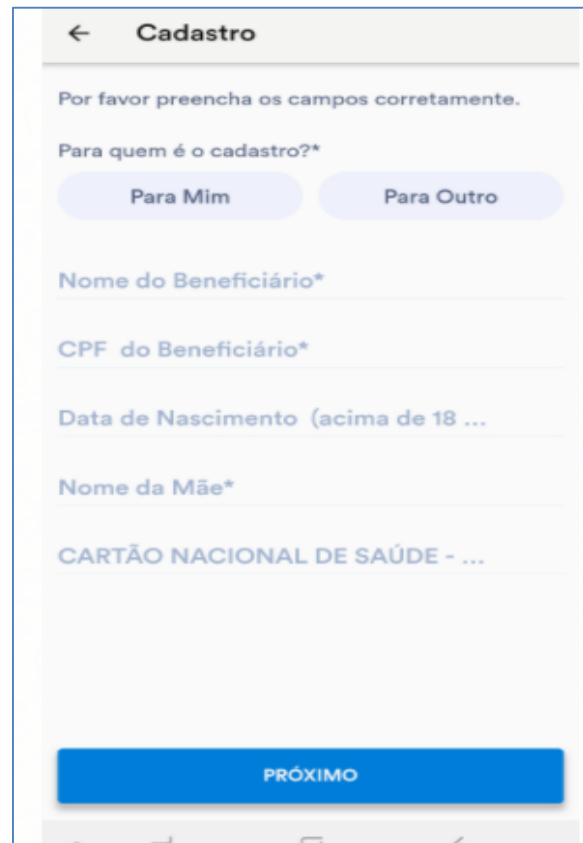
QUAIS DOCUMENTOS APRESENTAR NO LOCAL DE VACINAÇÃO?

- 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

PRÓXIMO

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

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Categorizado em qual das opções?

Categorizado em qual das opções? ▾

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Idoso

Trabalhadores de Saúde

Pessoas com Deficiência Permanente

Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade

Trabalhadores da Educação

Forças de Segurança e Salvamento

Forças Armadas

Trabalhadores Transporte

Caminhoneiros

Trabalhadores Portuários e Industriais

Outros

PRÓXIMO

← Cadastro

Por favor preencha os campos corretamente.

Categorizado em qual das opções?

Trabalhadores de Saúde ▾

Trabalhadores de Saúde

Federal

Estadual

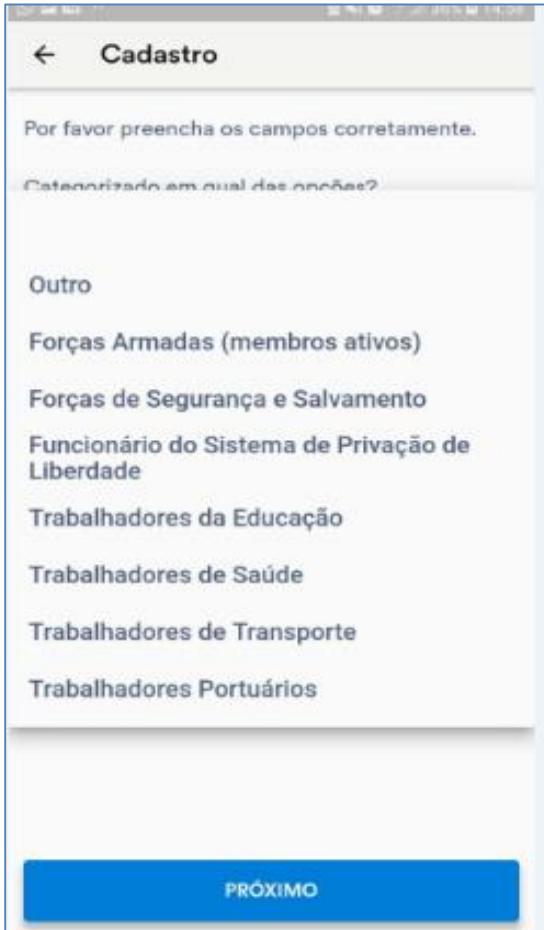
Municipal

Privado

Autônomo

PRÓXIMO

Grupo
Prioritário
definido
pelo MS



← 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*

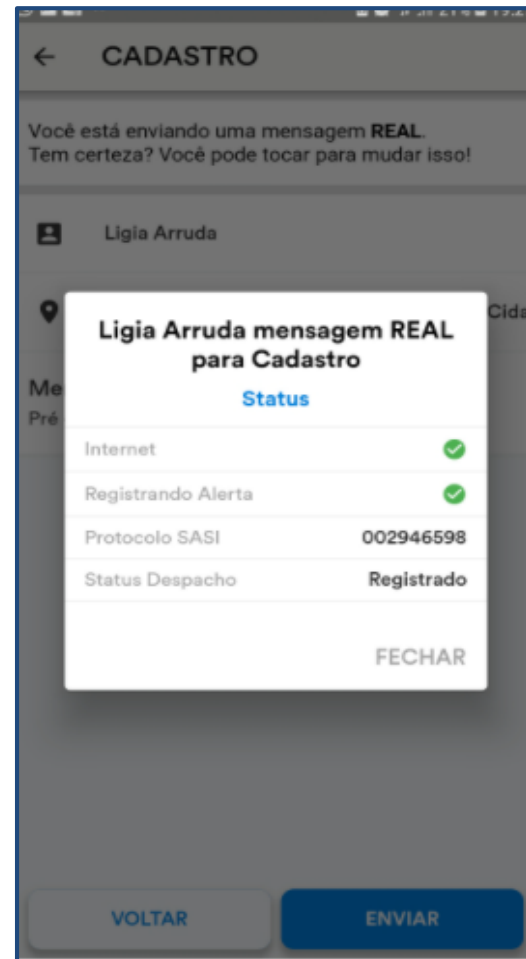
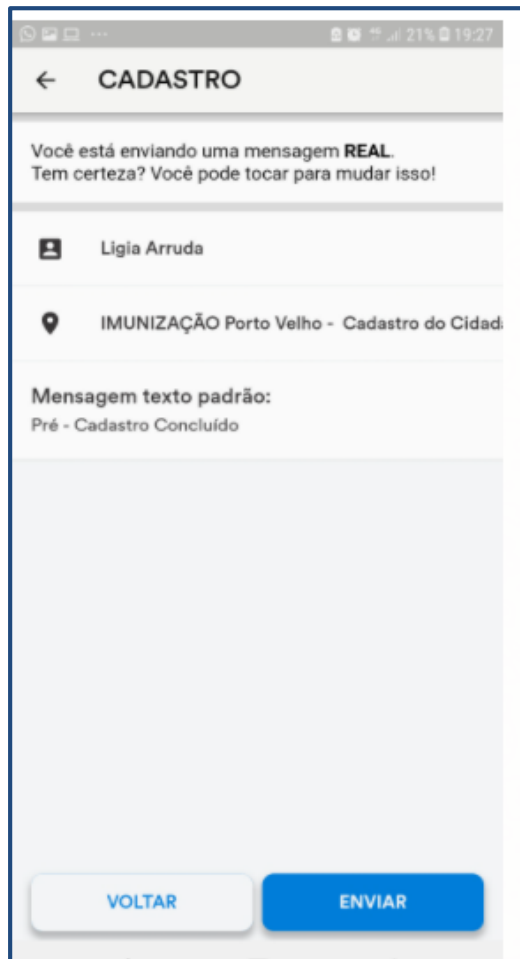
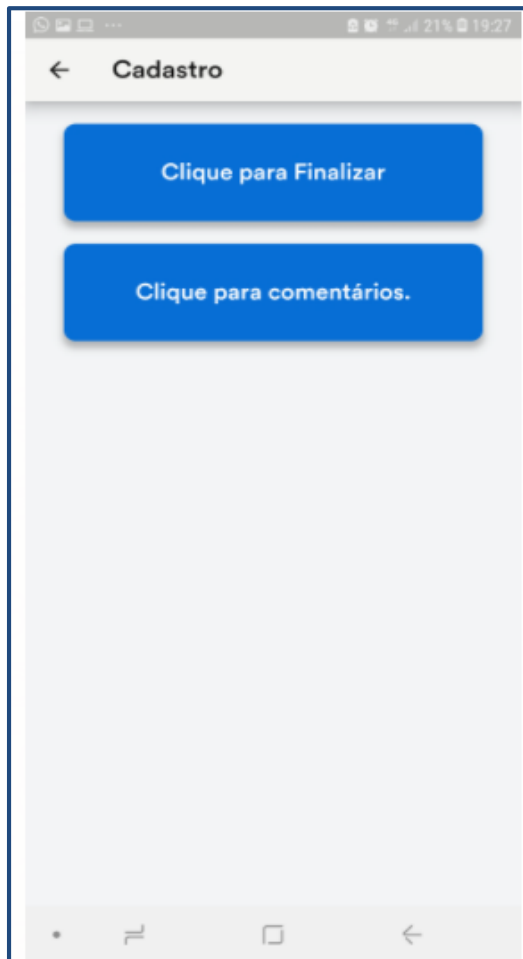
Telefone para contato do Beneficiário*

 +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?

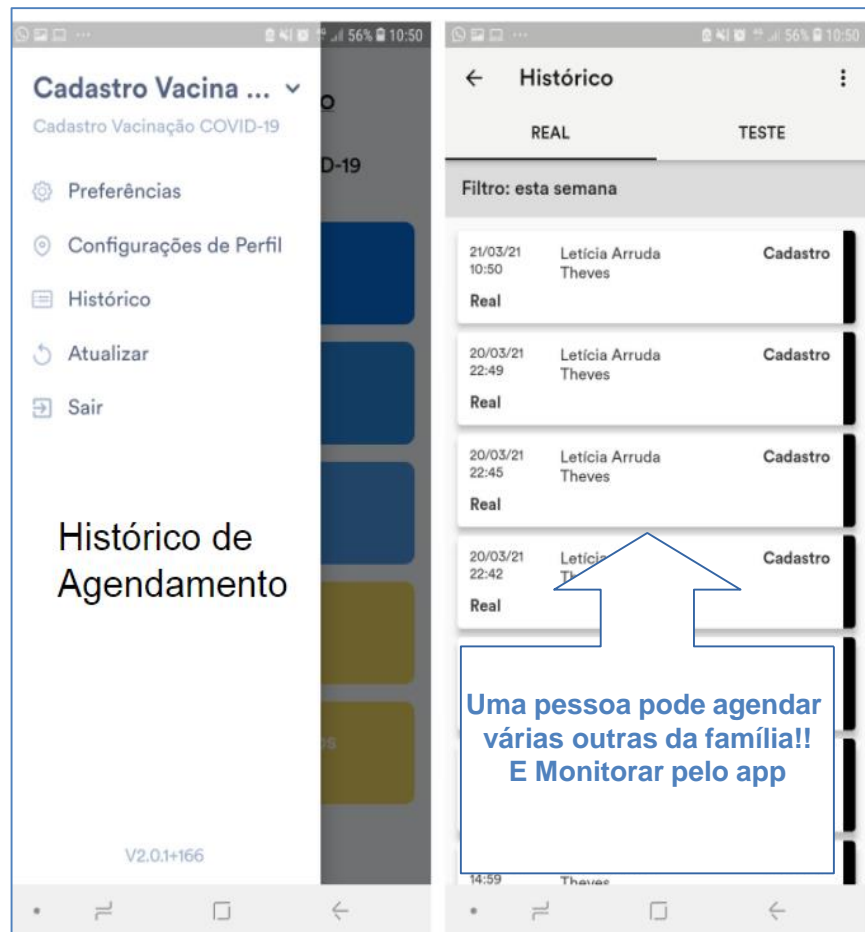
- 1ª DOSE CORONAVAC – 2ª DOSE com 28 dias;
 - 1ª DOSE ASTRAZENICA – 2ª DOSE com 90 dias;
 - 1ª DOSE PFIZER - 2ª DOSE até 90 dias;
- Observe a anotação no seu cartão de vacina.

QUAIS DOCUMENTOS APRESENTAR NO LOCAL DE VACINAÇÃO?

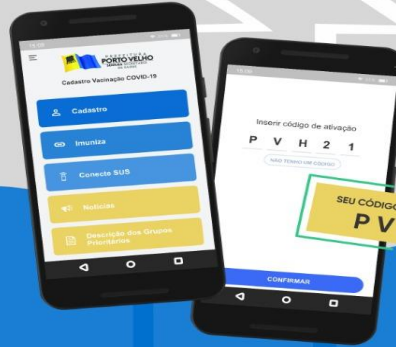
- Documento com foto que comprove grupo prioritário (crachá profissional ou carteira profissional);
- Cartão Nacional de Saúde – CNS (cartão SUS);
- Título de Eleitor ou Comprovante de residência em seu nome;
- Em caso de grupo comorbidades, apresentar Laudo Médico ou cartão do HIPERDIA para os diabéticos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

Por favor não responder este E-mail!

HISTÓRICO NO APLICATIVO



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
Cidade de dados e decisões
mas aqui é confiante!



**PREFEITURA
PORTO VELHO**
SEMUSA SECRETARIA
DE SAÚDE

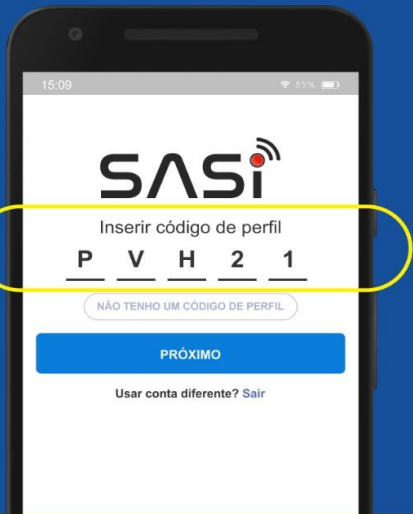


**Prefeitura Municipal de
Porto Velho**




IMUNIZAÇÃO PORTO VELHO AGENDE A SUA VACINA AQUI!

Ao se cadastrar, informe o código de ativação:



15:09 50%
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!



PREFEITURA PORTO VELHO
CONSTRUINDO PROGRESSO

GOOGLE PLAY APP STORE

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:
P V H 2 1

BAIXE E INSTALE O APLICATIVO NA PLATAFORMA SASI!



PREFEITURA PORTO VELHO
CONSTRUINDO PROGRESSO

GOOGLE PLAY APP STORE

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