



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE EPIDEMIOLOGIA
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO/PNI

ANEXO ÚNICO
(Modelo do Guia de Encaminhamento a ser utilizado
pelos SAE)

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: _____

CPF: _____

CNS: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra a COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades (imunossuprimido) e idade entre 18 e 59 anos.

Carimbo do serviço de saúde

Assinatura do profissional de saúde.

CPF ou Registro do Conselho de Classe:

Data: ____/____/____