

# CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

4 A 8 DE OUTUBRO



Secretaria de  
**Saúde**



COVID-19

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOSE DE REFORÇO

IMUNIZADOS HÁ MAIS DE 6 MESES COM AS DUAS DOSES DA VACINA

SEG	TER	QUA	QUI	SEX
04/10	05/10	06/10	07/10	08/10
ACAMADOS 74 ANOS OU MAIS	80 E 81 ANOS OU MAIS	78 E 79 ANOS OU MAIS	76 E 77 ANOS OU MAIS	74 E 75 ANOS OU MAIS

Unidades de Saúde

9h às 15h



Secretaria de  
Saúde



COVID-19

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL DOSE DE REFORÇO

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIDADE OFICIAL COM FOTO, CPF OU CARTÃO DO SUS, E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM ENDEREÇO DE CABO FRIO. É OBRIGATÓRIO APRESENTAR, TAMBÉM, A CARTEIRA DE VACINAÇÃO COMPROVANDO QUE AS DOSES ANTERIORES FORAM RECEBIDAS EM CABO FRIO.



Secretaria de  
**Saúde**



COVID-19

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOSE DE REFORÇO

IMUNOSSUPRIMIDOS DE 18 A 69 ANOS, IMUNIZADOS HÁ MAIS DE 28 DIAS COM AS DUAS DOSES DA VACINA

**TER**

**05/10**

**QUI**

**07/10**

## Unidades de Saúde

PAM de São Cristóvão  
ESF Monte Alegre  
ESF Tangará  
ESF Botafogo.

**9h às 15h**



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL IMUNOSSUPRIMIDOS

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIDADE OFICIAL COM FOTO, CPF OU CARTÃO DO SUS, E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM ENDEREÇO DE CABO FRIO. É OBRIGATÓRIO APRESENTAR, TAMBÉM, A CARTEIRA DE VACINAÇÃO COMPROVANDO QUE AS DOSES ANTERIORES FORAM RECEBIDAS EM CABO FRIO. DEVE APRESENTAR, AINDA, DOCUMENTOS QUE COMPROVEM A CONDIÇÃO, COMO CÓPIA DE ATESTADOS, LAUDOS, PRESCRIÇÕES, RELATÓRIOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES.

LISTA DE IMUNOSSUPRESSÃO DISPONÍVEL EM [WWW.CABOFRIO.RJ.GOV.BR](http://WWW.CABOFRIO.RJ.GOV.BR)



Secretaria de  
Saúde



COVID-19

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOSE DE REFORÇO

PROFISSIONAIS DA SAÚDE, IMUNIZADOS HÁ MAIS DE 6 MESES  
COM AS DUAS DOSES DA VACINA

<b>TER</b>	<b>QUA</b>	<b>QUI</b>	<b>SEX</b>
<b>05/10</b>	<b>06/10</b>	<b>07/10</b>	<b>08/10</b>
<b>55 ANOS OU MAIS</b>	<b>55 ANOS OU MAIS</b>	<b>50 ANOS OU MAIS</b>	<b>50 ANOS OU MAIS</b>

**Unidades de Saúde**  
9h às 15h



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL PROFISSIONAIS DA SAÚDE

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIDADE OFICIAL COM FOTO, CPF OU CARTÃO DO SUS, E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM ENDEREÇO DE CABO FRIO. É OBRIGATÓRIO APRESENTAR, TAMBÉM, A CARTEIRA DE VACINAÇÃO COMPROVANDO QUE AS DOSES ANTERIORES FORAM RECEBIDAS EM CABO FRIO.



Secretaria de  
Saúde



COVID-19

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# REPESCAAGEM

**QUA**

**06/10**

**12 A 17  
ANOS**

**SEX**

**08/10**

**40 ANOS  
OU MAIS**

**Unidades de Saúde**

**9h às 15h**



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL

APRESENTAR DOCUMENTO DE IDENTIDADE OFICIAL COM FOTO, CPF OU CARTÃO DO SUS, E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM ENDEREÇO DE CABO FRIO. MENORES DE 15 ANOS DEVERÃO ESTAR ACOMPANHADOS DO RESPONSÁVEL E APRESENTAR O DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO DISPONÍVEL NO SITE DA PREFEITURA. NO CASO DE IMPOSSIBILIDADE DA PRESENÇA DO RESPONSÁVEL, O JOVEM DEVERÁ ESTAR ACOMPANHADO DE UMA PESSOA MAIOR DE IDADE MUNIDO DA DECLARAÇÃO DE PRÓPRIO PUNHO DO RESPONSÁVEL. A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RECOMENDA O PREENCHIMENTO DA AUTORIZAÇÃO ANTECIPADAMENTE PARA AGILIZAR O TEMPO DE ATENDIMENTO NOS POSTOS DE VACINAÇÃO.



Secretaria de  
**Saúde**



COVID-19



**EU VOU  
ME VACINAR**

# Cabo Frio contra o Coronavírus.

Campanha Nacional  
de Vacinação



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**