

# CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

13 A 15 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

<b>QUA</b>	<b>QUI</b>	<b>SEX</b>
<b>13/10</b>	<b>14/10</b>	<b>15/10</b>
<b>72 E 73 ANOS OU MAIS</b>	<b>71 E 70 ANOS OU MAIS</b>	<b>69 E 68 ANOS OU MAIS</b>

**Unidades de Saúde**

**9h às 15h**



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL

## DOSE DE REFORÇO

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 HÁ MAIS DE SEIS MESES.



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

QUI

14/10

PAM de São Cristóvão – Rua Manoel José de Carvalho, 97

ESF Monte Alegre – Rua Dr. Cardoso da Fonseca, s/nº

ESF Tangará – Rua Castro Alves, s/nº

ESF Botafogo- Estrada de Botafogo, s/nº

9h às 15h



Secretaria de  
Saúde



COVID-19

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL IMUNOSSUPRIMIDOS

DOCUMENTO DE IDENTIDADE OFICIAL COM FOTO, CPF OU CARTÃO DO SUS, E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COM ENDEREÇO DE CABO FRIO. QUEM TEM COMORBIDADE OU ALTO GRAU DE IMUNOSSUPRESSÃO, DEVE APRESENTAR DOCUMENTOS QUE COMPROVEM A CONDIÇÃO, COMO CÓPIA DE ATESTADOS, LAUDOS, PRESCRIÇÕES, RELATÓRIOS MÉDICOS E/OU EXAMES COMPLEMENTARES. A LISTA DAS DOENÇAS DEFINIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTÁ NO SITE DA PREFEITURA ([WWW.CABOFRIO.RJ.GOV.BR](http://WWW.CABOFRIO.RJ.GOV.BR)). É OBRIGATÓRIO APRESENTAR, TAMBÉM, A CARTEIRA DE VACINAÇÃO COMPROVANDO QUE AS DOSES ANTERIORES FORAM RECEBIDAS EM CABO FRIO HÁ MAIS DE 28 DIAS.

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, QUE SE VACINARAM EM JANEIRO, FEVEREIRO E MARÇO

**QUA**

**13/10**

**QUI**

**14/10**

**SEX**

**15/10**

**Unidades de Saúde**

**9h às 15h**



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL PROFISSIONAIS DA SAÚDE

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



Secretaria de  
Saúde



COVID-19

# SEGUNDA DOSE PESSOAS NA DATA PARA A APLICAÇÃO

**CORONAVAC**  
UNIDADES DE SAÚDE E DRIVE-THRU

**ASTRAZENECA**  
DRIVE-THRU

**PFIZER**  
UNIDADES DE SAÚDE

**Unidades de Saúde**  
9h às 15h



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO COVID-19

# DOCUMENTAÇÃO GERAL

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



**EU VOU  
ME VACINAR**

# Cabo Frio contra o Coronavírus.

Campanha Nacional  
de Vacinação



Secretaria de  
**Saúde**



**COVID-19**