



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

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 e idade entre 18 e 59 anos.

Carimbo do serviço de saúde

Assinatura do profissional de saúde.

Data: ____ / ____ / ____