



GUIA II

PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SUVIS/Serviço de Controle de Zoonoses e Animais Sinantrópicos

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: _____

Rua/AV: _____ Bairro: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: _____

Encaminhamento à Supervisão de Vigilância em Saúde

Encaminhamento à Supervisão de Vigilância em Saúde _____

Solicitamos o afastamento da atividade de _____ e/ou do contato com
_____ do servidor _____

RF _____, função _____ pelo prazo de _____ dias

até que se comprove ou descarte que sua permanência na atividade/contato esteja causando dano a sua saúde, de acordo com o
que preconiza a §4º do Artigo 2º e Artigo 4º e seus parágrafos da Lei 13.725/2004 (Código Sanitário do Município de São Paulo).

São Paulo, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico