



Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Geral

Ofício Circular nº 11/2026/SMS

Goiânia, data da assinatura eletrônica

Aos Representantes das Associações, Maternidades e Hospitais Públicos e Privados

Prezados (as) Senhores (as),

Com nossos cordiais cumprimentos, em atenção ao memorando nº 264/2026 (10088262), da Superintendência de Vigilância em Saúde/Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Gerência de Imunização, a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia serve-se do presente expediente para encaminhar e orientar às **Associações, Hospitais e Maternidades Públicos e Privados** sobre a implementação da **Nova Ficha de Notificação e Investigação - ESAVI** - Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização em anexo (10088680). A nova ficha contempla o registro de evento grave, não grave e erro de imunização nos hospitais e maternidades conveniados ao SUS e da rede privada de saúde.

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde deverão realizar o preenchimento completo dos campos referentes à identificação do caso. Os demais campos deverão ser preenchidos conforme a necessidade e as informações disponíveis. É imprescindível o preenchimento de todos os dados referente ao profissional que está notificando, bem como um e-mail institucional para recebimento de resposta/parecer da Secretaria Estadual de Saúde.

Juntamente com a notificação, poderão ser inseridos: cópia de exames, relatórios, receitas médicas, prontuários, cartão de vacinação e registros fotográficos que deverão ser encaminhados à Gerência de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde pelo telefone **(62) 3524-6378 (WhatsApp)** e pelo **e-mail: esavigyn@gmail.com**. Em caso de **EVENTO GRAVE**, a ficha deverá ser digitalizada e enviada **IMEDIATAMENTE** após o seu devido preenchimento.

Ressaltamos que estas informações devem ser repassadas a todos os profissionais que atuam nas salas de vacinas e aos enfermeiros, médicos e demais trabalhadores das instituições que atuam diretamente no atendimento e na imunização da população.

Certo da acolhida, renovando os nossos votos de elevada estima e distinta admiração, subscrevo-me.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **Yasmin Anna Russo, Chefe de Gabinete**, em 03/06/2026, às 10:59, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://www.goiania.go.gov.br/sei> informando o código verificador **10097849** e o código CRC **2024D3B0**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 26.29.000016522-0

SEI Nº 10097849v1



Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Imunização

MEMORANDO Nº 264/2026

Sr. Secretário,

Vimos, por meio deste, solicitar o envio de ofício com as orientações para implementação da **NOVA FICHA (10088680) DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO DE ESAVI Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização** - para registro de evento grave, não grave e erro de imunização; para os hospitais e maternidades conveniados ao SUS e da rede privada.

Informamos que, a partir desta data, será adotada a **NOVA FICHA de notificação e investigação de ESAVI - Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização** - para registro de evento grave, não grave e erro de imunização.

Solicitamos o preenchimento completo dos campos referentes à identificação do caso. Os demais campos devem ser preenchidos conforme a necessidade e as informações disponíveis. Favor informar todos os dados solicitados referente ao profissional que está notificando, bem como um e-mail institucional para que possamos enviar a resposta/parecer da Secretaria Estadual de Saúde quando estiver disponível.

Poderão ser anexados à notificação: cópias de exames, relatórios e receitas médicas, prontuário, cartão de vacinação e registros fotográficos (via e-mail ou WhatsApp), para encaminhamento a esta gerência.

Em caso de **EVENTO GRAVE** a ficha deverá ser digitalizada e enviada **IMEDIATAMENTE** após o preenchimento para o e-mail: esavigyn@gmail.com

Em caso de dúvidas quanto ao preenchimento, entrar em contato com esta gerência pelo telefone (62) 3524-6378 (WhatsApp).

O ofício contendo a nova ficha com as orientações deverá ser encaminhado para os seguintes estabelecimentos de saúde:

1. HOSPITAL MATER DEI – E-MAIL: debora.pinheiro@hospitalpremium.com.br
2. HOSPITAL JACOB FACURI – E-mail: sciras@jacobfacuri.com.br ; nusp.jacobfacuri@gmail.com
3. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BARBARA – E-mail: ccih@hospitalstabarbara.com.br ; edp@hospitalstabarbara.com.br ; barbarahmsb@gmail.com
4. MATERNIDADE ELA – E-mail: maternidade.ela@gmail.com ; gerencia.enfermagemela@gmail.com
5. MATERNIDADE AMPARO – E-mail: internacao@maternidadeamparo.com.br
6. HOSPITAL DAS CLINICAS-HC/UFG/EBSERH – E-mail:

vigilancia.epidem@gmail.com ; sup.hc-ufg@ebserh.gov.br

7. MATERNIDADE SÃO JUDAS TADEU – E-mail: ccih.saojudastadeu@gmail.com ;
hsj.tadeu@gmail.com
8. MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES – E-mail:
nhe.f36@hmtjgo.org.br ; diretoria.mnsl@igh.org.br
9. MATERNIDADE MODELO – E-mail: mmodelo@gmail.com ;
mmodelogo@gmail.com
10. HOSPITAL VILA NOVA – E-mail: hmvnccih@gmail.com ;
contato@hospitalvilanova.com.br
11. HOSPITAL DA CRIANÇA – E-mail: ccihhospitaldacrianca@gmail.com
12. HOSPITAL INFANTIL DE CAMPINAS – E-mail: ccih@hospitalinfantilgo.com
13. IGOPE – E-mail: ccih.igope@hotmail.com ;
14. HECAD – E-mail: nhe@hecad.org.br
15. HUGOL – E-mail: secretaria.geral@hugol.org.br ; nveh@hugol.org.br
16. ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS DO ESTADO DE GOIÁS – AHEG – E-mail:
aheg@aheg.com.br
17. ASSOCIAÇÃO DOS HOSPITAIS PRIVADOS DE ALTA COMPLEXIDADE DO
ESTADO DE GOIÁS – AHPACEG – E-mail: ahpaceg@ahpaceg.com.br
18. HOSPITAL SANTA CATARINA – E-mail: hsc.admgeral@gmail.com
19. HOSPITAL SÃO LUCAS – E-mail: scihsaolucas@hotmail.com
20. HOSPITAL AMPARO – E-mail: ccih@hospitalamparo.com.br
21. HOSPITAL E MATERNIDADE DOM BOSCO – E-mail:
mhdombosco.adm@gmail.com
22. HOSPITAL CORAÇÃO DE JESUS – E-mail: hospcorajesus@hotmail.com
23. HOSPITAL RUI AZEREDO – E-mail: gleydeoliveira@hospitalruyazeredo.com.br;
rafaelazeredobastos@gmail.com; thiagomonteiro@hospitalruyazeredo.com.br
24. HOSPITAL BURITI – E-mail: contato@hospitalburiti.com
25. HOSPITAL AMÉRICA – E-mail: scih.femina@gmail.com ;
rodrigo.costa@hapvida.com.br
26. HOSPITAL E MATERNIDADE JARDIM AMÉRICA – E-mail:
samara.ferreira@hapvida.com.br
27. SANTA DE CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA – E-mail:
nhescmg@gmail.com ; ccih@santacasago.org.br ; nhe@santacasago.org.br
28. HOSPITAL SÃO DOMINGOS – E-mail: lorenanursegyn@gmail.com ;
jeovanasouza1@hotmail.com
29. HOSPITAL GOIÂNIA LESTE – E-mail: supremecare.enfermagem@gmail.com ;
supremecare.enfermagem@gmail.com ; crttagassi@gmail.com
30. HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE – HUGOL – E-mail:
nveh@hugol.org.br

Atenciosamente,

Nayara Ferreira Silva Parente

Gerente de Imunização

Flaviane Lemos Ribeiro

Diretora de Vigilância Epidemiológica

Flávio Toledo de Almeida

Superintendente de Vigilância em Saúde

Goiânia, 04 de maio de 2026.



Documento assinado eletronicamente por **Carulina Gomes Rocha, Especialista em Saúde**, em 04/05/2026, às 16:11, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Nayara Ferreira Silva Parente, Gerente de Imunização**, em 05/05/2026, às 08:36, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Flávio Toledo de Almeida, Superintendente de Vigilância em Saúde**, em 05/05/2026, às 09:34, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Flaviane Lemos Ribeiro, Diretora de Vigilância Epidemiológica**, em 05/05/2026, às 11:21, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://www.goiania.go.gov.br/sei> informando o código verificador **10088262** e o código CRC **183DCED5**.

Avenida do Cerrado, nº 999, APM-09, Bloco D, 2º andar -
- Bairro Park Lozandes
CEP 74884-900 Goiânia-GO

Referência: Processo Nº 26.29.000016522-0

SEI Nº 10088262v1

Notificação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)

Atenção: esta ficha deve ser utilizada por profissionais de saúde em localidades sem acesso à internet ou em áreas remotas. Nos locais com conectividade, os profissionais de saúde deverão notificar diretamente no site: notifica.saude.gov.br

Dados de identificação do caso	Nome completo:			Data de nascimento:		Idade:		
	Nome social:							
	Estrangeiro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		País de origem:		Cartão SUS (CNS) ou Passaporte (estrangeiros):		CPF:	
	Sexo ao nascimento: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada				Se indígena, etnia:	
	Comunidade/Povo tradicional:		Ocupação:		Telefone:		E-mail:	
	Logradouro:				UF residência:		Município de residência:	
	Número:		Bairro:		Complemento:		CEP residência:	
Dados da Gestação ou Lactação	Você está notificando um Esavi ou erro de imunização ocorrido em uma criança que foi exposta à vacina através da vacinação da mãe durante a gestação ou pelo aleitamento materno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica							
	Criança em aleitamento materno, no momento da vacinação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica							
	Gestante no momento da vacinação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica					Mês de gestação no momento da vacinação: _ _		
	Mulher amamentando no momento da vacinação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não se aplica							
	Se criança exposta ao imunobiológico na gestação materna, preencha as informações abaixo:							
	Nome da mãe:			Idade gestacional _ _ semanas		CPF da mãe:		
	Data de nascimento da mãe:		Idade da mãe: _ _	Raça/Cor da mãe: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada				
	Logradouro da mãe:			UF residência:		Município de residência da mãe:		
Número:		Bairro:		Complemento:		CEP:		
Imunobiológicos e/ou diluente (se aplicável)	Nome do imuno	Aplicação			Produtor		Unidade	
		Data	Local de aplicação	Via de aplicação	Dose	Lote	Fabricante	Estratégia
Relação imunobiológico ao evento adverso: <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> Concomitante <input type="checkbox"/> Interação <input type="checkbox"/> Não foi administrado <input type="checkbox"/> Ignorado								

Investigação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)

Atenção: esta ficha deve ser utilizada por profissionais de saúde em localidades sem acesso à internet ou em áreas remotas. Nos locais com conectividade, os profissionais de saúde deverão notificar diretamente no site: notifica.saude.gov.br

Antecedentes Gerais	Data do recebimento da notificação	Relato de ESAVI anterior à presente vacinação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
	Se houve relato de ESAVI anterior, preencher campos abaixo:			
	ESAVI anterior	Imunobiológico e/ou diluente (se aplicável)	Data	Conduta
	Outras informações			
	Doenças pré-existent (CID-10)? <input type="checkbox"/> Sim (especificar) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado. Se sim, detalhar: _____ _____ _____ _____			
	Viajou nos últimos 15 dias? <input type="checkbox"/> Sim (especificar) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	Data de início da viagem	Data de término	País/estado	Município/local
Está em uso de algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim (especificar) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado				
Nome do (s) Medicamento (s)	Relação do medicamento ao evento adverso	Comentário sobre o uso		
Atendimentos médicos	Houve atendimento médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado Se sim, marque a (s) opção (ões): <input type="checkbox"/> Ambulatório / Consultório / Unidade Básica de Saúde; <input type="checkbox"/> Observação (permanência na unidade de saúde por até 24 horas); <input type="checkbox"/> Hospitalização (permanência na unidade de saúde por tempo maior que 24 horas); <input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva (UTI).			
	Nome do estabelecimento	Município	UF	Data do atendimento
Observações sobre o(s) atendimento(s) (anexar resumo de alta de todas internações) _____ _____				
Exame	Data de realização	Resultado do exame		

