



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MODELO PARA FORMULÁRIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2022
GRUPO CINCO (5) A 11 ANOS COM COMORBIDADES

DECLARAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO SOCIAL DO PACIENTE:

() NOME SOCIAL: _____

() NOME CIVIL: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____

CPF: _____

NACIONALIDADE: _____

IDADE: _____

SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO: () RESIDENTE () HABITANTE DE FRONTEIRA () NÃO RESIDENTE

RAÇA/COR: () Branca () Preta () Parda () Amarela

() Indígena

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE/UF _____

CEP: _____ - Fone: () _____

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre cinco a 11 anos.

COMORBIDADE:

CID 10: _____

() Doenças neurológicas crônicas (CID 10 _____)

() Distúrbios do desenvolvimento neurológico (CID 10 _____)

() Transtorno do espectro Autista

****Assinatura do Profissional responsável, com carimbo, atestando a veracidade das informações**

Data: __/__/____

GARANHUNS, PE

**** Especificar Comorbidade indicada de acordo com o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19**

*****Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe: Unidade de saúde da Família (Natureza pública): Médico e Enfermeiro podem atestar.**

O profissional de enfermagem para assinar a declaração poderá consultar mais informações do paciente nos sistemas de informação/prontuário do paciente e colocar o carimbo da unidade com CNES. **Unidades de saúde de natureza privada: apenas os Médicos podem atestar.**