

## **ANEXO**

## FORMULARIO VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021 GRUPO 18 A 59 ANOS COM COMORBIDADES DECLARAÇÃO:

IDENTIFICAÇÃO SOCIAL	DO PACIENTE:		
( ) NOME SOCIAL:			
( ) NOME CIVIL:			
NOME DA MÃE:			
NOME DA MAE:	_/		
CPF:			
PAÍS DE NASCIMENTO: _			
NACIONALIDADE:			
IDADE:			
SITUAÇÃO DO ESTRANGI	EIRO:		
() RESIDENTE () HABITA	NTE DE FRONTEIRA (	() NÃO RESIDENTE	
RAÇA/COR:			
() BRANCA () PRETA () F	PARDA ( ) AMARELA (	() INDIGENA	
ENDEREÇO:			
RUA:BAIRRO:		N <sup>a</sup> :	
BAIRRO:	CI	EP:	<u> </u>
CIDADE/UF	/		
Informo que a pessoa cit contra COVID-19 no gru anos. COMORBIDADE:			
		151 O D84 O	
J44 ○ I26 ○	124 O 177 O	<b>Z95</b> $\bigcirc$ <b>D57</b> $\bigcirc$	K74 🔾
	108 O 149 O		E66 🔾
*Outros CIDs:		· ·	
***Assinatura do Profissional responsável, com carimbo, atestando a veracidade das informações			
Assinatura do Fronssional responsavei, com carinibo, atestando a veracidade das informações			
	Data: /	/	
PERNAMBUCO, 2021			

Unidade de saúde de natureza pública: Médico e Enfermeiro podem atestar. O profissional de enfermagem para assinar a declaração deve consultar os 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.

<sup>\*\*</sup> Especificar comorbidade indicada de acordo com CID, observando os grupos contemplados na Fase I e II da Nota Técnica 11/2021

<sup>\*\*\*</sup>Obrigatório Carimbo, Matricula e/ou Registro do Conselho de Classe: