# C:\Users\Cliente\Pictures\WhatsApp Image 2022-10-19 at 09.28.57.jpeg

# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**MODELO PARA FORMULÁRIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2022**

**GRUPO 6 MESES À 2 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 6 meses à 2 anos.**

**COMORBIDADE:**

CID 10:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*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, Matricula 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.**