PREFEITURA DE
CARUARU
FAZENDO O FUTURO AGORA

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: _____
DATA DE NASCIMENTO:_____ /_____/_____
CPF: _____
PAÍS DE NASCIMENTO: _____
NACIONALIDADE:
IDADE: _____
SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:
( ) RESIDENTE ( ) HABITANTE DE FRONTEIRA ( ) NÃO RESIDENTE
RAÇA/COR:
( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDIGENA
ENDEREÇO:
RUA:_____ Nª: _____
BAIRRO: _____ CEP:_____- _____
CIDADE/UF_____/_____

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 18 e 59 anos.
COMORBIDADE:

E11 ◯	I50 ◯	I11 ◯	I42 ◯	I51 ◯	D84 ◯	Q90 ◯
J44 ◯	I26 ◯	I24 ◯	I77 ◯	Z95 ◯	D57 ◯	K74 ◯
I15 ◯	I26 ◯	I08 ◯	I49 ◯	I61 ◯	N18 ◯	E66 ◯

**Outros CIDs:_____

_____

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

Data:_____/_____/_____

CARUARU, 2021

*** Especificar comorbidade indicada de acordo com CID, observando os grupos contemplados na Fase I e II da Nota Técnica 11/2021*
****Obrigatório Carimbo, Matricula e/ou Registro do Conselho de Classe:*
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.