

ANEXO

MODELO DE FORMULARIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021

GRUPO 18A 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: _____ Nº: _____

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	<input type="radio"/>	I50	<input type="radio"/>	I11	<input type="radio"/>	I42	<input type="radio"/>	I51	<input type="radio"/>	D84	<input type="radio"/>	Q90	<input type="radio"/>
J44	<input type="radio"/>	I26	<input type="radio"/>	I24	<input type="radio"/>	I77	<input type="radio"/>	Z95	<input type="radio"/>	D57	<input type="radio"/>	K74	<input type="radio"/>
I15	<input type="radio"/>	I26	<input type="radio"/>	I08	<input type="radio"/>	I49	<input type="radio"/>	I61	<input type="radio"/>	N18	<input type="radio"/>	E66	<input type="radio"/>

**Outros CIDs:_____

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

Data:_____/_____/_____

PERNAMBUCO, 2021

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

Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe: **Apenas os Médicos podem atestar.