



**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, 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.**