

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÕES

MODELO ENFERMEIRO

FORMULARIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

GRUPO 05 A 11 ANOS COM COMORBIDADES

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__

CPF: _____

SUS: _____

IDADE: _____

ENDEREÇO: _____

SISAB E-SUS AB Cadsus Fique Sabendo Hiperdia Siscan Hórus Outros.

Especificar Comorbidade: _____

Informo que a pessoa citada acima possui critérios atualizados para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 05 e 11 anos. De acordo com o Sistema(s) consultado(s).

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

Data: _____, 2022

*Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe do Enfermeiro Para auxiliar na identificação do Paciente em Sistemas Nacionais, 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.



Endereço: Rua Pedro Toscano, 349, Centro, Tacaratu-PE
Cep: 56480-000 Horário de Funcionamento: Segunda a
Sexta das 07:30 às 13:30, exceto feriados e pontos
facultativo decretado oficialmente