

ANEXO

**MODELO PARA FORMULARIO PARA 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: _____

NACIONALIDADE: _____

IDADE: _____

SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:

() RESIDENTE () HABITANTE DE FRONTEIRA () NÃO RESIDENTE

RAÇA/COR:

() BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDIGENA

ENDEREÇO:

RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____

CIDADE/UF _____/____

CEP: _____ - ____

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 o quadro de descrição das Comorbidades da Nota Técnica SIDI 11/2021**

*****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.