



MODELO PARA FORMULARIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021
GRUPO 12 A 17 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 12 a 17 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"/>	I60 – I66	<input type="radio"/>	N18	<input type="radio"/>	E66	<input type="radio"/>
								F01	<input type="radio"/>	G45/G45.0	<input type="radio"/>	(especificar IMC)	IMC _____

*Outros CIDs: _____

Descrição da COMORBIDADE de acordo com o quadro da NOTA TÉCNICA SIDI nº 21/2021

Assinatura do responsável pelo adolescente, com CPF

** Assinatura do Profissional médico, com carimbo e CRM, atestando a veracidade das informações

Data: ____/____/____
PERNAMBUCO, 2021

* Especificar Comorbidade indicada de acordo com o quadro de descrição das Comorbidades *do site vacina.prefeituradavitoria.pe.gov.br*

**Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe: Unidade de saúde da Família e clínica privada.