



MODELO PARA FORMULARIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021
GRUPO 12 A 17 ANOS DEFICIÊNCIA PERMANENTE

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 deficiência permanente e idade entre 12 a 17 anos.

POSSUI DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA DEFICIÊNCIA? () SIM () NÃO

Descrição da DEFICIÊNCIA:

Assinatura do responsável pelo adolescente, com CPF

DATA: ____/____/____ VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 2021