



**MODELO PARA FORMULÁRIO 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: L/\_\_\_\_  
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:

<b>E11</b>	<input type="radio"/>	<b>I50</b>	<input type="radio"/>	<b>I11</b>	<input type="radio"/>	<b>I42</b>	<input type="radio"/>	<b>I51</b>	<input type="radio"/>	<b>D84</b>	<input type="radio"/>	<b>Q90</b>	<input type="radio"/>	
<b>J44</b>	<input type="radio"/>	<b>I26</b>	<input type="radio"/>	<b>I24</b>	<input type="radio"/>	<b>I77</b>	<input type="radio"/>	<b>Z95</b>	<input type="radio"/>	<b>D57</b>	<input type="radio"/>	<b>K74</b>	<input type="radio"/>	
<b>I15</b>	<input type="radio"/>	<b>I26</b>	<input type="radio"/>	<b>I08</b>	<input type="radio"/>	<b>I49</b>	<input type="radio"/>	<b>I60 – I66</b>	<input type="radio"/>	<b>N18</b>	<input type="radio"/>	<b>E66</b> <small>(especificar IMC)</small>	<input type="radio"/>	<b>IMC</b> _____
<b>*Outros CIDs:</b> _____														

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
GARANHUNS, 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.**