

## ANEXO

FORMULARIO 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: \_\_\_\_\_

PAÍS DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:

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

RAÇA/COR:

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

ENDEREÇO:

RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

CIDADE/UF \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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  I50  I11  I42  I51  D84  Q90

J44  I26  I24  I77  Z95  D57  K74

I15  I26  I08  I49  I61  N18  E66

\*\*Outros CIDs:-----

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PERNAMBUCO, 2021

\*\* Especificar comorbidade indicada de acordo com CID, observando os grupos contemplados na Fase I e II da Nota Técnica 11/2021

\*\*\*Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe:

Unidade de saúde de natureza pública: Médico e Enfermeiro podem atestar. O profissional de enfermagem para assinar a declaração deve consultar os 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.