

# FORMULARIO VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2022

## GRUPO PRIORITÁRIO CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS COM COMORBIDADES

### DECLARAÇÃO

#### IDENTIFICAÇÃO SOCIAL DO PACIENTE:

( ) NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

( ) NOME CIVIL: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ PAÍS DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

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

#### SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO:

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

#### RAÇA/COR:

( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDÍGENA

#### ENDEREÇO:

RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

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

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades.

#### COMORBIDADE:

( ) Doenças neurológicas crônicas ( ) Síndrome de Down ( ) Transtorno do Espectro Autista

CID 10: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

JABOATÃO DOS GUARARAPES