



## ANEXO I

**MODELO PARA FORMULARIO PARA 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: \_\_\_\_\_

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 18 e 59 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>	<input type="radio"/>
								<b>F01</b>	<input type="radio"/>	<b>G45/G45.0</b>	<input type="radio"/>	<b>E66</b> (especificar IMC)	<input type="radio"/> IMC _____
<b>*Outros CIDs:</b> _____													

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
PERNAMBUCO, 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 (Modelo – ANEXO II).**

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.**