

**FORMULÁRIO/LAUDO DE VACINAÇÃO**

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:

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE/UF/\_ OLINDA/PERNAMBUCO 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.

**\*CID 10:**

E11	<input type="checkbox"/>	I50	<input type="checkbox"/>	I11	<input type="checkbox"/>	I42	<input type="checkbox"/>	I51	<input type="checkbox"/>	D84	<input type="checkbox"/>	Q90	<input type="checkbox"/>
J44	<input type="checkbox"/>	I26	<input type="checkbox"/>	I24	<input type="checkbox"/>	I77	<input type="checkbox"/>	Z95	<input type="checkbox"/>	D57	<input type="checkbox"/>	K74	<input type="checkbox"/>
I15	<input type="checkbox"/>	I26	<input type="checkbox"/>	I08	<input type="checkbox"/>	I49	<input type="checkbox"/>	I61	<input type="checkbox"/>	N18	<input type="checkbox"/>	E66	<input type="checkbox"/>

**\*\*Outros CIDs:** \_\_\_\_\_

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

Data: / /

**\*\* 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:**

**CONFERIDO POR:**

**NOME DO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_ **CONSELHO/MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_

**PONTO DE VACINAÇÃO:** \_\_\_\_\_