

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÕES

MODELO PARA FORMULARIO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

GRUPO 05 A 11 ANOS COM COMORBIDADE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

CPF: _____

IDADE: _____

Informe que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 05 e 11 anos.

COMORBIDADE: _____

CID: _____

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

Data: ___/___/___ PERNAMBUCO, 2022

** Especificar Comorbidade indicada de acordo com o quadro de descrição das Comorbidades da Nota Técnica SIDI 03/2022

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



Endereço: Rua Pedro Toscano, 349, Centro, Tacaratu-PE
Cep: 56480-000 Horário de Funcionamento: Segunda a
Sexta das 07:30 às 13:30, exceto feriados e pontos
facultativo decretado oficialmente