



ANEXO II – NOTA TÉCNICA SIDI 11/2021

MODELO ENFERMEIRO**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: _____ - ____

 SISAB E-SUS AB Cadsus Fique Sabendo Hiperdia Siscan Hórus Outros. Especificar _____

Informo que a pessoa citada acima possui critérios atualizados para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades e idade entre 18 e 59 anos. De acordo com o Sistema(s) consultado(s).

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

Data: ____/____/____
PERNAMBUCO, 2021

*Obrigatório Carimbo, Matrícula e/ou Registro do Conselho de Classe do Enfermeiro
Para auxiliar na identificação do Paciente em Sistemas Nacionais, 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.