

FORMULARIO VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2022  
GRUPO 5 A 11 ANOS

**DECLARAÇÃO:**

**IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

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

CPF: \_\_\_\_\_

PAÍS DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

RAÇA/COR

( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDIGENA

**ENDEREÇO**

RUA: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

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

CIDADE/UF \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Informo que a CRIANÇA citada acima possui critérios para inclusão de  
vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário entre 5 e 11 anos.  
COMORBIDADE:

I61  I67  G45  G31  G96  I64  G37   
G80  G35  F84

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

---

\*\*\* Assinado por Profissional responsável (médico ou enfermeiro), com carimbo, atestando a veracidade das informações

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

PERNAMBUCO, 2022

*\*\*Especificar comorbidade indicada de acordo com CID dentro da classificação de doença crônica neurológica.*

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

*Unidade de saúde de natureza pública: Médico e Enfermeiro podem atestar. O profissional de enfermagem para assinar a declaração deve consultar os 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.*