

Se PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA, marque um X ao lado

Se GESTANTE, marque um X ao lado

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> NOME CIVIL:			
<input type="checkbox"/> NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE:			
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	IDADE:	PAÍS DE NASCIMENTO:
NACIONALIDADE:	SITUAÇÃO DO ESTRANGEIRO: <input type="checkbox"/> RESIDENTE <input type="checkbox"/> HABITANTE DE FRONTEIRA <input type="checkbox"/> NÃO RESIDENTE		
RAÇA/COR: <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA			
ENDEREÇO:		Nº:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CEP:	CIDADE/ESTADO:	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA DECLARAÇÃO

<input type="checkbox"/> NOME		
CATEGORIA PROFISSIONAL:	Nº CONSELHO DE CLASSE:	TIPO DE ESTABELECIMENTO: <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:		CNES DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID-19 no grupo prioritário de comorbidades.*

GRUPO DE COMORBIDADE

CID-10	<input type="checkbox"/> D56	<input type="checkbox"/> D57	<input type="checkbox"/> D80 a D89	<input type="checkbox"/> E10 a E14
<input type="checkbox"/> E66 IMC : _____	<input type="checkbox"/> E84	<input type="checkbox"/> I05	<input type="checkbox"/> I06	<input type="checkbox"/> I07
<input type="checkbox"/> I08	<input type="checkbox"/> I09	<input type="checkbox"/> I09.1	<input type="checkbox"/> I09.8	<input type="checkbox"/> I11
<input type="checkbox"/> I12	<input type="checkbox"/> I13	<input type="checkbox"/> I15	<input type="checkbox"/> I20	<input type="checkbox"/> I24
<input type="checkbox"/> I25.5	<input type="checkbox"/> I26	<input type="checkbox"/> I27.0	<input type="checkbox"/> I27.2	<input type="checkbox"/> I27.9
<input type="checkbox"/> I31.9	<input type="checkbox"/> I38	<input type="checkbox"/> I39	<input type="checkbox"/> I42	<input type="checkbox"/> I47
<input type="checkbox"/> I48	<input type="checkbox"/> I49	<input type="checkbox"/> I50	<input type="checkbox"/> I51	<input type="checkbox"/> I60 a I69
<input type="checkbox"/> I71	<input type="checkbox"/> I72	<input type="checkbox"/> I77	<input type="checkbox"/> J44	<input type="checkbox"/> J46
<input type="checkbox"/> J60 a J65	<input type="checkbox"/> J66.0, J67.0, J67.1, P27.8, J68.4, J70.1, J84.1, A16.2		<input type="checkbox"/> K70.3	<input type="checkbox"/> K74
<input type="checkbox"/> N03	<input type="checkbox"/> N18	<input type="checkbox"/> O24	<input type="checkbox"/> P78.8	<input type="checkbox"/> Q20 a Q28
<input type="checkbox"/> Q20 a Q28	<input type="checkbox"/> Q90	<input type="checkbox"/> Z34	<input type="checkbox"/> Z35	<input type="checkbox"/> Z95
<input type="checkbox"/> OUTROS:				

Cabo de Sto. Agostinho, ____ de _____ de 2021

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

***Especificar comorbidade indicada de acordo com CID, observando os grupos contemplados na Fase I e II da Nota Técnica SIDI 11/2021 da SES/PE.**

****A declaração e o laudo, devem ser assinados por profissional Médico, sendo obrigatório Carimbo com o Registro do Conselho de Classe.**