



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BOA  
ESTADO DE MATO GROSSO**

**FORMULÁRIO VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/2021  
GRUPO DOS 18 A 59 ANOS COM COMORBIDADE**

NOME DO PACIENTE:	
NOME DA MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:
CPF:	CARTAO SUS:
ENDEREÇO:	CIDADE:
ESF PERTENCENTE:	

**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.**

**COMORBIDADES**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus  | <input type="checkbox"/> Pneumopatias crônicas graves         |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Resistente  | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Estágio 03      |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Estágio 1 e 2 com lesão em órgão- alvo e/ou comorbidade |   |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca   | <input type="checkbox"/> Cor-pulmonale e hipertensão Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia Hipertensiva   | <input type="checkbox"/> Síndromes Coronarinas                |
| <input type="checkbox"/> Valvopatias  | <input type="checkbox"/> Miocardiopatias e Pericardiopatias   |
| <input type="checkbox"/> Doença da Aorta, dos Grandes Vasos e Fistulas Arteriovenosas                 |   |
| <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas  | <input type="checkbox"/> Cardiopatias Congênita no Adulto     |
| <input type="checkbox"/> Próteses Valvares e Dispositivos Cardíacos Implantados                       | <input type="checkbox"/> Doença Cerebrovascular               |
| <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica   | <input type="checkbox"/> Imunossuprimidos                     |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatias Graves   | <input type="checkbox"/> Obesidade Mórbida – IMC $\geq$ 40    |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down   | <input type="checkbox"/> Cirrose Hepática                     |

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

Água Boa, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**\*\*\*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.

**Unidades de saúde de Natureza Privada:** Apenas os Médicos podem atestar.

OBS: Fica agendado para o dia **15/05/2021**, o comparecimento dos pacientes e/ou responsáveis no Centro Municipal de Saúde, das 07h30 às 17h00 para a realização do PRÉ CADASTRO mediante este Formulário Preenchido pelo Profissional Responsável. Poderá nesta data, ter solicitação pelos Profissionais da Secretaria Municipal de Saúde cópias de prescrições, receitas médicas ou exames que comprovem a veracidade das informações. Dúvidas Ligar: 66 3468 5500/5501/5511/5513.