



MUNICÍPIO DE Balsa Nova
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO COVID-19 (17-12 ANOS)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:				
NOME:			CPF:	
NOME DA MÃE:			Idade:	
ENDEREÇO:			N.º:	
BAIRRO:		CIDADE:		
Telefone:		CARTÃO SUS:		

COMORBIDADES PRIORITÁRIAS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Informo que a pessoa citada acima possui critérios para inclusão de vacinação contra COVID19 no grupo deficiência permanente e idade entre 12 a 17 anos.

POSSUI DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA DEFICIÊNCIA? () SIM () NÃO

Descrição da DEFICIÊNCIA:

Balsa Nova, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do responsável pelo adolescente, com CPF: