

## ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

### Preenchimento do Estabelecimento de Saúde

CNS do Profissional:	CBO:	CNES:	INE/EQUIPE:	Data: ___/___/___ Turno: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N
----------------------	------	-------	-------------	--

### Dados da Vacina

Fabricante:	Lote:	Dose: <input type="checkbox"/> Primeira Dose <input type="checkbox"/> Segunda Dose <input type="checkbox"/> Dose única	Prazo para próxima dose da vacina: ___/___/___
-------------	-------	--	---

Local de atendimento:  UBS  Unidade Móvel  Rua  Domicílio  
 Escola/Creche  Outros

### Preenchimento do Cidadão

Nome:	CNS (Cartão Nacional de Saúde) ou CPF:		
Nome da Mãe:			
Data de Nascimento: ___/___/___ Idade:	Telefone (s):		
Logradouro:	N°:		
Complemento:	Bairro:	CEP:	

#### Sexo:

- Feminino  
 Masculino

#### Vacinou contra gripe:

- Sim  
 Não

#### Raça/Cor:

- Amarelo  Branco  
 Indígena  Pardo  Preto

#### Grupo de atendimento

- Caminhoneiro  
 Deficiência Permanente Grave  
 Forças de Segurança e Salvamento  
 Funcionário do Sistema de privação de liberdade  
 Idoso - 60> anos  
 Institucionalizado 60> anos  
 Institucionalizado com Deficiência  
 Comorbidades (especificar no campo abaixo)  
 População Geral  
 Privado de Liberdade  
 Profissional da Educação  
 Trabalhador da Saúde  
 Trabalhadores do Transporte Coletivo Rodoviário  
 Trabalhadores Portuários e Ferroviários  
 Forças Armadas  
 Outros (informar): \_\_\_\_\_

#### Comorbidades

- Doenças Falciformes  
 Diabetes  
 Doenças Cardiovasculares  
 Hipertensão  
 Obesidade Grave (IMC  $\geq$  40)  
 Neoplasias  
 Pneumopatias Crônicas Graves  
 Doença Renal Crônica  
 Indivíduo Transplantado  
 Síndrome de Down  
 Outros Imunossuprimidos  
 Cirrose Hepática

Declaro ser conhecedor que a prática de revacinação pode acarretar a responsabilização criminal e cível.

Por ser verdade firmo a presente declaração.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.