



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE RANCHARIA
Secretaria Municipal de Saúde de Rancharia
CNPJ 44.935.278/0001-26
Rua Duque de Caxias n.º 740 –RANCHARIA/SP
Fone (18) 3265-9110
e-mail: saúde@rancharia.sp.gov.br

FORMULÁRIO PADRÃO PARA INDICAÇÃO DE VACINA COVID-19 EM
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE GRAVE

Nome do paciente:

CPF:

Data de nascimento: ___/___/___ idade: _____

Conforme Plano Nacional e Estadual da Vacinação Contra a COVID-19, serão considerados indivíduos com deficiência permanente grave aqueles que apresentem uma ou mais das seguintes limitações:

- Assinale a deficiência, conforme acompanhamento médico.
- No final do formulário, datar, assinar e carimbar (carimbo com nome e número de registro no CRM).

- Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.**
- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir.**
- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar.**
- Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.**

Data/Carimbo/Assinatura do Médico