



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE RANCHARIA
Secretaria Municipal de Saúde de Rancharia
CNPJ 44.935.278/0001-26
Rua Duque de Caxias n.º 740 – CEP 19.600-000 – RANCHARIA/SP
Fone (18) 3265-9110 – Fax (18) 3265-9119
Site: www.rancharia.sp.gov.br e-mail: saude@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