



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS – SP

CNPJ: 46.634.614/0001-26

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RUA DA FAZENDINHA, 333 – CENTRO – TELEFONE: (15) 3288.4110 – CEP: 18520-000 – CERQUILHO.

FORMULÁRIO DE PRÉ-AGENDAMENTO PARA VACINA COVID-19 – IDOSOS

Idade do Idoso: _____ anos

DADOS PESSOAIS:

CNS (Cartão SUS): _____ CPF: _____

Nome do Paciente: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ SEXO*: _____

Telefone: () _____ Telefone para Recado: () _____

Logradouro: _____ Número: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Data de Aplicação da Vacina: ____/____/____ (a ser preenchido pela Vigilância Epidemiológica)

Laboratório produtor: _____ Retorno: _____

FICHA CLÍNICA: (Assinalar com um X se possuir alguma doença listada abaixo):

DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES:	SIM	SE SIM, DESCREVA O NOME DA DOENÇA:	NÃO
HIPERTENSÃO ARTERIAL		NÃO SE APLICA	
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA			
DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDENTE		NÃO SE APLICA	
DIABETES MELLITUS NÃO INSULINO DEPENDENTE		NÃO SE APLICA	
DOENÇA RENAL			
DOENÇAS CARDIOVASCULARES E CEREBROVASCULARES			
TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS SÓLIDOS			
ANEMIA FALCIFORME		NÃO SE APLICA	
CÂNCER			
OBESIDADE GRAVE IMC ACIMA DE 40		NÃO SE APLICA	
ACAMADO			

Declaro, para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações e os documentos apresentados são verdadeiros e autênticos.

Responsável pelo preenchimento:

Nome legível

Assinatura

LEVAR ESSE FORMULÁRIO PREENCHIDO NO DRIVE-THRU COM AS CÓPIAS DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO E DE ALGUM DOCUMENTO COM FOTO QUE CONTENHA O NÚMERO DO CPF DO IDOSO.