



SECRETARIA DE SAÚDE DE PAJEÚ DO PIAUÍ  
C.N.J.P 01.753845.000/10  
NUCLEO DE IMUNIZAÇÃO  
VIGILANCIA SANITARIA / VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
ACS- AGENTES SAÚDE COMUNITARIO

FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE VACINA COVID-19

MICROAREA:		ACS RESPONSÁVEL : _____ nº DOSES SOLICITADAS : D1 ( ) D2 ( ) _____		
NOME COMPLETO: _____	SEXO		RG:	PESO
	M	F	ESTADO CIVIL :	KG
			CPF :	
DATA DE NASCIMENTO:	CARTÃO NACIONAL DO SUS:			
NOME DA MÃE	NOME DO PAI			
LOGRADOURO (Rua, Avenida)			Nº	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:			
CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:	
PROFISSÃO	E-MAIL			
TIPO DE MORADIA ALUGADA ( ) PRÓPRIA ( ) HERDADA ( ) MORA COM PAIS ( ) Obs : anexar comprovante de endereço, aluguel .				
MOTIVO DE SOLICITAÇÃO DESCREVA A SUA COMORBIDADE : _____				
OBRIGATORIO ANEXO DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO BENEFICIARIO ( XEROX DE CONTA DE AGUA , LUZ , TELEFONE OU ALUGUEL) OBRIGATORIO ANEXO DE COMPROVANTE DE COMORBIDADE : LAUDO MEDICO , PRONTUARIOS , EXAMES E RECEITAS CARIMBADAS E ASSINADAS ATUALIZADAS OU ESTAR CADASTRADO NO E-SUS OU PROGRAMA DE ASSISTENCIA A SAÚDE NACIONAL . OBRIGATORIO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO LEVAR COPIAS COMPROVANTES NO DIA DA VACINAÇÃO . OBRIGATORIO ASSINATURA DE RESPONSÁVEL POR PACIENTE QUE NÃO RESPONDE POR SI. OBRIGATORIO SOLICITAÇÃO DE RESPONSÁVEL PARA VACINAÇÃO EM DOMICILIO DE ACAMADOS .				
_____			_____	
Responsável pela Solicitação			Assinatura do Solicitante	



**SECRETARIA DE SAÚDE DE PAJEÚ DO PIAUÍ**  
**C.N.J.P 01.753845.000/10**  
**NUCLEO DE IMUNIZAÇÃO**  
**VIGILANCIA SANITARIA / VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**ACS- AGENTES SAÚDE COMUNITARIO**



**SECRETARIA DE SAÚDE DE PAJEÚ DO PIAUÍ**  
**C.N.J.P 01.753845.000/10**  
**NUCLEO DE IMUNIZAÇÃO**  
**VIGILANCIA SANITARIA / VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**  
**ACS- AGENTES SAÚDE COMUNITARIO**