

AUTODECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE

Declaro que eu, _____
(NOME COMPLETO DA PESSOA A SER VACINADA)

portador(a) do CPF nº _____, nascido (a) em ____/____/____

sou Pessoa com Deficiência residente no município de João Pessoa, e me enquadro no grupo prioritário para vacinação contra a Covid19 conforme recomendações do Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde.

MARQUE O TIPO DE DEFICIÊNCIA

<input type="checkbox"/>	<u>INTELECTUAL</u>
<input type="checkbox"/>	<u>VISUAL</u>
<input type="checkbox"/>	<u>AUDITIVA</u>
<input type="checkbox"/>	<u>FÍSICA</u>
<input type="checkbox"/>	<u>MULTIPLAS</u>
<input type="checkbox"/>	<u>AUTISTA</u>
<input type="checkbox"/>	<u>SURDOCEGA</u>

João Pessoa _____ de _____ de 2021.

ASSINATURA DO DECLARANTE OU RESPONSÁVEL

Observações

1. Este formulário substitui o Laudo ou Relatório médico para comprovação da condição de Pessoa com Deficiência;
2. Este formulário poderá ser preenchido pela pessoa com deficiência, por seu responsável (acompanhante) ou pelos agentes da secretaria de saúde que estiverem na equipe de triagem dos pontos de vacinação;
3. Para que a pessoa cega assine este documento se faz necessário uso da reglete, caso não possua, e não tenha disponível nos pontos de vacinação, poderá ser assinada com a digital ou ficar sem a assinatura;
4. Este formulário não dispensa a apresentação dos demais documentos exigidos, como o comprovante de residência e documento de identificação.