

Formulário de atestado de vacinação contra COVID-19 de Massachusetts



Se você mora, trabalha ou estuda no estado de Massachusetts, pode usar este formulário de atestado para comprovar seu direito a receber a vacina.

A disponibilidade da vacina contra COVID-19 é limitada e está sujeita às fases de priorização, conforme recomendado pelo Grupo Consultivo sobre a COVID-19 de Massachusetts.

Preencha este formulário para confirmar sua elegibilidade para receber a imunização contra COVID-19 na fase de priorização atual.

[Acesse mass.gov para obter esclarecimentos adicionais sobre cada categoria de priorização.](#)

Somente indivíduos **[elegíveis a receber a vacina na Fase 1](#)**, pessoas com **[55 anos ou mais](#)**, pessoas com **[uma ou mais condições médicas pré-determinadas, residentes e funcionários de moradias para idosos de baixa renda](#)**, acompanhantes de idosos de 75 anos ou mais, **[professores do ensino básico, funcionários de creches e de escolas](#)** e **[trabalhadores de certas categorias](#)** devem preencher o formulário de atestado neste momento.

[Encontre um local de vacinação](#) - você precisará marcar um horário no estabelecimento.

O que você precisa para fazer a imunização:

Esteja preparado para apresentar este formulário de atestado em sua consulta:

- Preencha este formulário online com suas informações. Forneça seu endereço de e-mail se desejar receber uma cópia deste documento.
- No horário da vacina, você pode apresentar o e-mail de comprovação no seu telefone.
- Você pode imprimir este PDF, preenchê-lo e apresentá-lo no dia da vacinação.
- Caso não consiga imprimir o formulário ou preenchê-lo online, você pode preenchê-lo no posto de vacinação.

Formulário de atestado de vacinação contra COVID-19 de Massachusetts



Na sua consulta, podem ser solicitadas as seguintes informações:

- Cartão do seguro de saúde. A vacinação é gratuita, independente de você ter seguro de saúde ou não. Se você tiver seguro, traga essas informações com você.
- Identificação, exemplos incluem:
 - Cartão de identificação emitido pelo empregador que inclui seu nome e cargo; ou
 - Identificação ou licença emitida pelo governo; ou
 - Comprovante recente de pagamento de salário

Você pode tomar a vacina mesmo se não tiver carteira de motorista ou número de previdência social.

Indique a qual grupo de priorização você pertence:

- Eu sou um profissional da saúde que desempenha funções clínicas ou não clínicas (incluindo profissionais da saúde que atendem em domicílio)
- Eu atualmente trabalho ou resido em uma instalação de enfermagem especializada, casa de repouso, instalação de vida assistida ou comunidade de aposentados com cuidados continuados, conforme definido abaixo
- Eu trabalho como socorrista
- Eu trabalho ou atualmente resido em um estabelecimento de atendimento conjunto
- Eu tenho 55 anos ou mais
- Estou acompanhando alguém com mais de 75 anos para a vacinação e meu horário de vacinação está agendado para o mesmo dia em um local de vacinação em massa (Gillette, Hynes Convention Center, Fenway, Eastfield Mall em Springfield, DoubleTree em Danvers, Natick Mall, Reggie Lewis, Dartmouth - antiga Circuit City)
- Eu tenho uma ou mais das condições médicas identificadas abaixo
- Eu resido ou trabalho em uma moradia para idosos de baixa renda
- Eu sou professor do ensino fundamental ou médio, funcionário de uma creche ou de uma escola.
- Eu trabalho em uma das categorias pré-determinadas identificadas abaixo
- Nenhuma das opções acima, mas tenho documentação que comprova o recebimento da primeira dose e estou agendando a segunda

Formulário de atestado de vacinação contra COVID-19 de Massachusetts



Estas informações não são exaustivas. Acesse [o cronograma de distribuição de vacinas contra COVID-19 para obter mais informações](#) sobre cada categoria de priorização:

- As comunidades de aposentados com cuidados continuados identificadas [aqui são elegíveis para receber vacina na Fase 1](#)
- Alguns exemplos de socorristas são: funcionários de um departamento de polícia, corpo de bombeiros, entidade pública ou privada de serviço médico de emergência ou policiais federais
- Alguns exemplos de estabelecimentos de atendimento conjunto são: residência comunitária, abrigo, programa de tratamento, programa de educação residencial, unidade correcional
- Exemplos de trabalhadores de assistência domiciliar incluem: atendente de cuidados pessoais, trabalhador adulto do programa de acolhimento familiar, provedor de cuidados de saúde mental e comportamental que fornece atendimento em domicílio, funcionários de agências estaduais que realizam atendimento direto em casa
- Indivíduos com 55 anos ou mais
- Alguns exemplos de categorias de trabalhadores são: Funcionários de restaurantes e cafés, serviços de alimentação, mercados e lojas de conveniência, funcionários e voluntários de centros de doação de alimentos, trabalhadores da cadeia de suprimentos médicos ou desenvolvimento de vacinas, bem como trabalhadores das áreas de trânsito ou transporte, obras públicas, saneamento, saúde pública, do sistema judiciário e agentes funerários.
- Condições médicas definidas pelo CDC como grave risco de desenvolver complicações pela COVID 19:
 - Câncer
 - Doença renal crônica
 - Doenças pulmonares crônicas, incluindo DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), asma (moderada a grave), doença pulmonar intersticial, fibrose cística e hipertensão pulmonar
 - Demência ou outras condições neurológicas
 - Diabetes (tipo 1 ou tipo 2)
 - Síndrome de Down
 - Condições cardíacas, como insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, cardiomiopatias ou hipertensão
 - HIV positivo
 - Estado imunocomprometido (sistema imunológico enfraquecido)
 - Doença hepática
 - Sobrepeso e obesidade
 - Gravidez
 - Doença falciforme ou talassemia
 - Fumante ou ex-fumante
 - Transplante de órgão sólido ou células-tronco
 - AVC ou doença cerebrovascular que afeta o fluxo sanguíneo para o cérebro
 - Transtornos por uso de substâncias

Formulário de atestado de vacinação contra COVID-19 de Massachusetts



Assinatura

- Atesto, sob pena de perjúrio, tanto quanto é do meu conhecimento e crença, que pertenço ao grupo prioritário que selecionei acima.
- Declaro, sob pena de perjúrio, que moro, trabalho ou estudo no estado de Massachusetts.

Nome

Sobrenome

E-mail (opcional)

/ /

Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
(opcional)

Código postal (opcional)

Assinatura

Data