

FICHA CADASTRAL – VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Nome: _____

Data Nascimento: ___/___/_____ Raça/Cor: _____ Sexo: (F) (M)

CPF: _____ SUS: _____

Mãe: _____

Rua: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____

Data 1ª. dose: ___/___/___

() Comorbidade. Qual: _____ CRM: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, CPF nº _____,

autorizo a vacinação do (a) menor _____,

CPF nº _____, sob minha responsabilidade.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra Covid-19 do (a) menor.

Itapecerica da Serra, ___/___/_____.

Assinatura