



# AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL



#VacinaJá

\* CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ \* CPF \_\_\_\_\_

Nome Paciente \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

\*campos obrigatórios

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Raça \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Gestante

Puérpera

País Residência \_\_\_\_\_ UF Residência \_\_\_\_\_ Município Residência \_\_\_\_\_

Zona

<input type="checkbox"/>	URBANA
<input type="checkbox"/>	RURAL

Logradouro \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo meu Filho (a) \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ a receber a vacina da covid19 e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura dos pais ou responsável: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_.

---

## PARA PREENCHIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE

COMORBIDADE: ( )SIM ( )NÃO

QUAL: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

DATA DE APLICAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DOSE: \_\_\_\_\_

IMUNOBOLÓGICO: \_\_\_\_\_ LOTE: \_\_\_\_\_

**Para a vacinação, necessário que os pais realizem o cadastro do seu filho (a) no vacine#já.**