



ESTADO DO MARANHÃO

PREFEITURA DE IMPERATRIZ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SUS
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

RUA RAFAEL DE ALMEIDA, S/N – PARQUE ANHANGUERA

CEP: 65.000-000 – IMPERATRIZ – MA TELEFONE: (99) 3524:9879

SITE: www.imperatriz.ma.gov.br E-MAIL: vigilanciaemsaudeitz@gmail.com

Autorização para Imunização COVID-19

Eu, _____,

portador do CPF: _____,

Grau de parentesco: _____,

Afirmo que o menor:

portador do CPF / CNS: _____,

Idade: _____,

Está autorizado a receber a vacina contra a covid-19 ofertada na campanha municipal de vacinação na cidade de Imperatriz – MA.

Por ser verdade, afirmo.

ATENÇÃO:

Declaro que as informações contidas neste formulário foram prestadas por mim e são verídicas. Declaro ainda ter sido orientado quanto aos possíveis efeitos adversos da vacina.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO MENOR

Imperatriz, _____ / _____ / 2021