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 RESPOSÁVEL PELO MENOR

Imperatriz,_____/_____/ 2022