

FICHA DE CADASTRO**Vacinação - Covid-19**

DADOS DA MORADIA
ENDEREÇO:
TELEFONE:
UNIDADE DE SAÚDE REFERÊNCIA:

IDENTIFICAÇÃO		
NOME:		IDADE:
DN:	SEXO:	NATURALIDADE:
CPF:	RG:	
CARTÃO SUS:		
MÃE:	PAI:	
E-MAIL:		
JÁ TOMOU VACINA CONTRA COVID-19: () NÃO () SIM		
SE SIM, QUAL:	QUANDO: __/__/__	
TOMOU OUTRA VACINA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS: () NÃO () SIM		
SE SIM, QUAL:	QUANDO: __/__/__	

Declaro que todas as informações aqui descritas são verdadeiras e que estou sujeito às penalidade legais em decorrência delas.

Assinatura do Paciente: _____

ACS responsável pelos dados: _____