

	FORMULÁRIO	<b>MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES</b>  <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b>
	<b>DECLARAÇÃO DE VINCULO DE TRABALHO</b>  <b>Trabalhador da Saúde</b>	
ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SE ENTREGUE AO SETOR DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELA IMUNIZAÇÃO.		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:		Tel.: (    )
NOME DA MÃE:		
CPF:	RG:	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:		
ENDEREÇO:		
<b>GRUPO PRIORITARIO QUE PERTENCE PARA VICINAÇÃO</b>		
FORÇA DE SEGURANÇA (    )	FUNÇÃO:	
OUTRO (    )	QUAL?	
TRABALHADOR DA SAÚDE (    )	PROFISSÃO:	
CNES:	LOCAL:	
SE TRABALHADOR SAÚDE	ENDEREÇO EMPRESA	
FUNÇÃO DESEMPENHADA	OBS:	

Na presenta data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, que posso apresentar por esta vacina.

Afirmo que fui orientando (a) por este serviço a realizar a imunização por pertencer ao grupo prioritário para receber o imunizante, sendo que por minha responsabilidade as informações prestadas. Desta forma, isento este serviço, da responsabilidade sobre as mesmas.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Paciente

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) profissional

Eu, Enf. /Tec. de Enf. \_\_\_\_\_, COREM \_\_\_\_\_ declaro que coletei o presente termo, informando previamente os riscos e esclarecimentos duvidas ao paciente.

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) profissional