

	FORMULÁRIO	MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES  SECRETARIA DE SAÚDE
	DECLARAÇÃO DE VINCULO DE TRABALHO  <b>MOTORISTAS</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>DADOS DO EMPREGADOR</b>		
NOME:		
ENDEREÇO:		
CONTATO TELEFÔNICO:		

Na presente data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, que posso apresentar por esta vacina. Afirmando 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 e carimbo do (a) Empregador (a)

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

Assinatura do (a) profissional