

FICHA DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 (Bivalente) - Trabalhadores de Saúde

CBO do Profissional:	CNES:	Data: ___/___/___
Dados da Vacina		
Fabricante:	Lote:	Dose: () Reforço Biv.
Possui esquema vacinal com pelo menos 2 doses há no mínimo 4 meses?		() Sim () Não
Grupo de Atendimento: Trabalhador de Saúde		
Dados Pessoais - Preenchimento pelo Usuário		
Nome:	CNS (Cartão SUS) ou CPF:	
Nome da Mãe:	Sexo: () FEMININO () MASCULINO	
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Telefone (s):
Raça / Cor: () Amarelo () Pardo () Branco () Indígena () Pardo () Preto		
Logradouro:		Número/Complemento:
Bairro:	CEP:	

Termo de Responsabilidade do Profissional

Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, trabalhador da instituição _____, exercendo a função de _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, que estou ativo e que desempenho minhas funções profissionais presencialmente em espaços e locais de assistência e vigilância em saúde. Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, _____ de _____ 202__.

Assinatura

Termo de Responsabilidade do Autônomo

Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO. Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, _____ de _____ 202__.

Assinatura

FICHA DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 (Bivalente) - Trabalhadores de Saúde

CBO do Profissional:	CNES:	Data: ___/___/___
Dados da Vacina		
Fabricante:	Lote:	Dose: () Reforço Biv.
Possui esquema vacinal com pelo menos 2 doses há no mínimo 4 meses?		() Sim () Não
Grupo de Atendimento: Trabalhador de Saúde		
Dados Pessoais - Preenchimento pelo Usuário		
Nome:	CNS (Cartão SUS) ou CPF:	
Nome da Mãe:	Sexo: () FEMININO () MASCULINO	
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Telefone (s):
Raça / Cor: () Amarelo () Pardo () Branco () Indígena () Pardo () Preto		
Logradouro:		Número/Complemento:
Bairro:	CEP:	

Termo de Responsabilidade do Profissional

Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, trabalhador da instituição _____, exercendo a função de _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, que estou ativo e que desempenho minhas funções profissionais presencialmente em espaços e locais de assistência e vigilância em saúde. Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, _____ de _____ 202__.

Assinatura

Termo de Responsabilidade do Familiar

Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que o Sr(a) _____, CI nº _____, CPF nº _____ é o cuidador(a) responsável pela(o) paciente _____, e, portanto se enquadra no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO. Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, _____ de _____ 202__.

Assinatura

FICHA DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 (Bivalente) - Trabalhadores de Saúde

CBO do Profissional:	CNES:	Data: ___/___/___
Dados da Vacina		
Fabricante:	Lote:	Dose: () Reforço Biv.
Possui esquema vacinal com pelo menos 2 doses há no mínimo 4 meses?		() Sim () Não
Grupo de Atendimento: Trabalhador de Saúde		
Dados Pessoais - Preenchimento pelo Usuário		
Nome:	CNS (Cartão SUS) ou CPF:	
Nome da Mãe:	Sexo: () FEMININO () MASCULINO	
Data de Nascimento: ___/___/___	Idade:	Telefone (s):
Raça / Cor: () Amarelo () Pardo () Branco () Indígena () Pardo () Preto		
Logradouro:		Número/Complemento:
Bairro:	CEP:	

Termo de Responsabilidade do Profissional

Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, trabalhador da instituição _____, exercendo a função de _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, que estou ativo e que desempenho minhas funções profissionais presencialmente em espaços e locais de assistência e vigilância em saúde. Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, _____ de _____ 202__.

Assinatura

Termo de Responsabilidade da Instituição

Pelo presente instrumento, a instituição _____, contratualizada, inscrita no CNPJ sob o nº _____, com sede na rua _____, neste ato representado por seu representante legal, brasileiro(a), _____, CPF nº _____, DECLARA, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que o Sr(a) _____, CPF nº _____, exerce a função de _____, sendo portanto elegível para o recebimento da vacina bivalente contra a COVID-19, pois se enquadra na categoria de “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, desempenhando suas funções de forma presencial, em espaços e locais de assistência e vigilância à saúde.

Juiz de Fora, _____ de _____ 202__.

Assinatura