



PREFEITURAMUNICIPALDECHAPADÃO DOSUL

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIAMUNICIPALDESAUDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A VACINAÇÃO CONTRA A
COVID-19

Eu (nome do responsável) _____

AUTORIZO Meu filho(a) _____

CPF _____ tomar a vacina contra a **COVID-19**.

É indispensável que se traga o CPF ou CARTÃO DO SUS


