



PREFEITURA MUNICIPAL DE CHAPADÃO DO SUL

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
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


