



FORMULÁRIO DE VACINAÇÃO

Nome Completo: _____

_____ Inscrito (a) sob o nº de CPF: _____ e

sob o RG nº _____, Órgão Expedidor: _____

UF : _____ Cidade: _____ Idade: _____

Data de nascimento: _____ Nº Cartão do SUS _____

Qual sua categoria profissional? Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional ()

Possui alguma Comorbidade? () Não () SIM Qual: _____

_____ Possui Laudo Atualizado?: () Não () Sim

Endereço: _____

_____ Nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Nº Telefone: () _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

_____/_____/_____/_____

(Cidade/Estado – Data)

Assinatura do profissional

PARA USO EXCLUSIVO DO CREFITO-12

Ckecklist dos documentos anexados:

- 1º) Documento de Identificação ou Carteira profissional do CREFITO-12 ();
- 2º) Comprovante atualizado de residência ();
- 3º) Cópia do Cartão do Sistema Único de Saúde ();
- 4º) Laudo de Comorbidade ().