



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO

Região dos Lagos - Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Eu _____,

CPF/RG: _____, responsável pelo

menor de idade _____,

CPF/RG: _____ autorizo a ser

vacinado na Campanha Municipal de Vacinação Contra a

COVID-19.

Cabo Frio, __ de _____ 2022.

Assinatura do Responsável

ORIENTAÇÕES GERAIS VACINAÇÃO

Os menores de idade devem ser acompanhados pelo responsável no ato da vacinação. No caso de impossibilidade do acompanhamento do responsável, o menor de idade deve estar acompanhado de um adulto e apresentar uma autorização assinada pelo responsável.

Rua Fagundes Varela, s/n, Bairro São Cristóvão, Cabo Frio/RJ - CEP: 28.909-270
Telefone: (22) 2646-2541 / 2646-2542



SECRETARIA DE
CABO FRIO
CABO FRIO
DE 1808 A 2022

Secretaria de
Saúde



COVID-19