



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS SECRETARIA DE SAÚDE

Diretoria de Vigilância em Saúde Departamento de
Vigilância Epidemiológica Núcleo Municipal de
Imunizações

**COMPROVANTE DE
VACINAÇÃO**

Nome: _____ Data de Nasc: ____/____/____
Sexo: () Fem () Masc Raça: () Branca () Negra () Parda () Indígena () Amarela
Cartão SUS: _____ CPF: _____
Fone: _____ Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ CEP: _____ País: _____ UF de resid: _____
Município de resid: _____ Zona de resid: () Rural () Urbana
Nome do profissional: _____

| Covid - 19 | Lote | Laboratório | Validade | Data da Aplicação Assinatura |
|------------|------|-------------|----------|---------------------------------|
| Dose 1 | | | | |
| Dose 2 | | | | |



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS SECRETARIA DE SAÚDE

Diretoria de Vigilância em Saúde Departamento de
Vigilância Epidemiológica Núcleo Municipal de
Imunizações

**COMPROVANTE DE
VACINAÇÃO**

Nome: _____ Data de Nasc: ____/____/____
Sexo: () Fem () Masc Raça: () Branca () Negra () Parda () Indígena () Amarela
Cartão SUS: _____ CPF: _____
Fone: _____ Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____
Bairro: _____ CEP: _____ País: _____ UF de resid: _____
Município de resid: _____ Zona de resid: () Rural () Urbana
Nome do profissional: _____

| Covid - 19 | Lote | Laboratório | Validade | Data da Aplicação Assinatura |
|------------|------|-------------|----------|---------------------------------|
| Dose 1 | | | | |
| Dose 2 | | | | |