



VACINA MACAÉ - FICHA DE PRÉ-CADASTRO DE VACINAÇÃO

NOME: BRYAN LINCOLN FERNANDES DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 16/08/2006

NOME DA MÃE: JULIANA RIBEIRO FERNANDES

SEXO: MASCULINO

TELEFONE: (22) 99826-1188

CEP: 27966-620

ENDEREÇO: AV DOUTOR SÉRGIO VIEIRA DE MELLO, TRAV MANAUS, N 24

GESTANTE: NÃO

SÍNDROME DE DOWN: NÃO

HANSENÍASE: NÃO

DOENÇAS PRÉ EXISTENTES: NÃO INFORMADO

TRABALHA NA ÁREA DE SAÚDE/ OU EM ÁREA DE RISCO EXPOSTA AO COVID-19: NÃO

TRABALHADOR DA EDUCAÇÃO: NÃO

TRABALHADOR DAS FORÇAS ARMADAS: NÃO

TRABALHADOR DA INDÚSTRIA: NÃO

TRABALHADOR DA ÁREA DE TRANSPORTE AÉREO: NÃO

TRABALHADOR PORTUÁRIO: NÃO

TRABALHADOR DA ÁREA DE TRANSPORTE AQUAVIÁRIO: NÃO

CPF: 172.405.237-30

NÚMERO DO SUS: NÃO INFORMADO

NOME DO PAI: EDSON JOSE DE SOUZA

PROFISSÃO: ESTUDANTE

EMAIL: linconlbrendow@gmail.com

BAIRRO: LAGOMAR

MULHER AMAMENTANDO (LACTANTE): NÃO

ACAMADA OU RESTRITO AO LAR: NÃO

PURPÉRIO: NÃO

OUTRAS DOENÇAS ESPECIFICADAS MANUALMENTE: NÃO INFORMADO

IDOSO COM 60 ANOS OU MAIS IDADE QUE MORA EM ASILO, CASA DE REPOUSO OU EM ABRIGO: NÃO

TRABALHADOR DA FORÇA DE SEGURANÇA E SALVAMENTO: NÃO

TRABALHADOR DO TRANSPORTE COLETIVO RODOVIÁRIO: NÃO

INDÍGENAS E QUILOMBOLAS: NÃO

TRABALHADOR DA ÁREA DE LIMPEZA URBANA: NÃO

TRABALHADOR CAMINHONEIRO: NÃO

Por meio deste comprovante, você declara que se compromete em levar toda documentação necessária no dia da vacinação como documento de identidade com foto, comprovante de endereço, comprovação de etnia indígena (quando for o caso), declaração médica ou exame de doença pré-existente (quando for o caso) e código QR-code ou número de agendamento gerado por este sistema.

PARA USO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOSE: () PRIMEIRA () SEGUNDA

VACINA: _____

LOTE: _____

DATA: ____/____/____ 2021

UNIDADE: _____

