

Mantenha-se informado pelas redes sociais da Secretaria Municipal de Saúde para saber os locais e datas de vacinação do seu grupo.
Imprima este comprovante e leve no momento da vacinação juntamente com um comprovante de residência e um documento com foto e cpf.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comprovante de cadastro prévio para aplicação da vacina contra a COVID-19

Id: 371752 - 1ª DOSE

PARA USO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Data: _____
Laboratório: _____
Lote: _____
Validade: _____
Assinatura: _____



Grupo Populacional: **População Geral de 6 meses a 59 anos**
Nome: **ROSINEIA GONCALVES DE QUEIROS MIYATAKE**
CPF: **03468827962** CNS: **705006493557750** Conselho de Classe:
UBS que utiliza: **Ernani** Nascimento: **12/01/1980** Sexo: **F**
Nome da mãe: **FRANCISCA AILSA DOS SANTOS GONCALVES**
Telefone: **(43) 99800-2809**
Endereço: **RUA JOEL BRAZ DE OLIVEIRA, 694 casa**
CEP: **86038410 - JD VALE DO CEDRO**
Instituição: - Setor
Profissão: **AUTONOMA**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comprovante de cadastro prévio para aplicação da vacina contra a COVID-19

Id: 371752 - 2ª DOSE

PARA USO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Data: _____
Laboratório: _____
Lote: _____
Validade: _____
Assinatura: _____



Grupo Populacional: **População Geral de 6 meses a 59 anos**
Nome: **ROSINEIA GONCALVES DE QUEIROS MIYATAKE**
CPF: **03468827962** CNS: **705006493557750** Conselho de Classe:
UBS que utiliza: **Ernani** Nascimento: **12/01/1980** Sexo: **F**
Nome da mãe: **FRANCISCA AILSA DOS SANTOS GONCALVES**
Telefone: **(43) 99800-2809**
Endereço: **RUA JOEL BRAZ DE OLIVEIRA, 694 casa**
CEP: **86038410 - JD VALE DO CEDRO**
Instituição: - Setor
Profissão: **AUTONOMA**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comprovante de cadastro prévio para aplicação da vacina contra a COVID-19

Id: 371752 - 3ª DOSE

PARA USO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Data: _____
Laboratório: _____
Lote: _____
Validade: _____
Assinatura: _____



Grupo Populacional: **População Geral de 6 meses a 59 anos**
Nome: **ROSINEIA GONCALVES DE QUEIROS MIYATAKE**
CPF: **03468827962** CNS: **705006493557750** Conselho de Classe:
UBS que utiliza: **Ernani** Nascimento: **12/01/1980** Sexo: **F**
Nome da mãe: **FRANCISCA AILSA DOS SANTOS GONCALVES**
Telefone: **(43) 99800-2809**
Endereço: **RUA JOEL BRAZ DE OLIVEIRA, 694 casa**
CEP: **86038410 - JD VALE DO CEDRO**
Instituição: - Setor
Profissão: **AUTONOMA**



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Comprovante de cadastro prévio para aplicação da vacina contra a COVID-19

Id: 371752 - 4ª DOSE

PARA USO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Data: _____
Laboratório: _____
Lote: _____
Validade: _____
Assinatura: _____



Grupo Populacional: **População Geral de 6 meses a 59 anos**
Nome: **ROSINEIA GONCALVES DE QUEIROS MIYATAKE**
CPF: **03468827962** CNS: **705006493557750** Conselho de Classe:
UBS que utiliza: **Ernani** Nascimento: **12/01/1980** Sexo: **F**
Nome da mãe: **FRANCISCA AILSA DOS SANTOS GONCALVES**
Telefone: **(43) 99800-2809**
Endereço: **RUA JOEL BRAZ DE OLIVEIRA, 694 casa**
CEP: **86038410 - JD VALE DO CEDRO**
Instituição: - Setor
Profissão: **AUTONOMA**