

**FRENTE**

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**COMPROVANTE DE VACINAÇÃO  
CONTRA O CORONAVÍRUS**

Município: Quissamã  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_  
CPF/CARTÃO DO SUS: \_\_\_\_\_

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_ Val. Frasco: \_\_\_\_\_  
**1ª Dose** \_\_\_\_\_  
Assinatura do vacinador

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_ Val. Frasco: \_\_\_\_\_  
**2ª Dose** \_\_\_\_\_  
Assinatura do vacinador

**VERSO**

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_ Val. Frasco: \_\_\_\_\_  
**1º Reforço** \_\_\_\_\_  
Assinatura do vacinador

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_ Val. Frasco: \_\_\_\_\_  
**2º Reforço** \_\_\_\_\_  
Assinatura do vacinador

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_ Val. Frasco: \_\_\_\_\_  
**Dose** \_\_\_\_\_  
Assinatura do vacinador

Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_  
Laboratório: \_\_\_\_\_ Val. Frasco: \_\_\_\_\_  
**Dose** \_\_\_\_\_  
Assinatura do vacinador