М	od.	XIX



CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO

Te	dentificação do (Cliente	
Id	dentificação do (Cliente	

Hospital /	Clínica	

Canacastina and a			
Consentimento A preencher pelo Cliente / Re	presentante Legal <i>(risca)</i>	r o que não interessa)	
A precinci pelo dilente / Re	presentante Legar (115car	o que nuo interessay	
Eu,			
			(nome completo), reside
			、
em			
			, portador do BI/C
	omitido a	e válido até _	
	, emitido a	e valido ate	
na qualidade de			, titular do poder paternal sob
menor			
	(non	ne completo), declaro que autorizo	
		no compresso,, acciare que autorizo	
		(nome con	npleto),
(relação de parentesco com o me	enor, se a houver), residente e	m	
(relação de parentesco com o me	enor, se a houver), residente e		
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m	:
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC	anhar o menor acima identific
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC	anhar o menor acima identific
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC	anhar o menor acima identific
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC	anhar o menor acima identific
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC	anhar o menor acima identific das vacinas previstas
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC, a acomp Plano Nacional de Vacina Extra Plano Nacional de V	anhar o menor acima identific das vacinas previstas
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC, a acomp Plano Nacional de Vacina Extra Plano Nacional de V	anhar o menor acima identific das vacinas previstas
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC, a acomp Plano Nacional de Vacina Extra Plano Nacional de V	canhar o menor acima identific das vacinas previstas ção Vacinação
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC, a acomp Plano Nacional de Vacina Extra Plano Nacional de V	canhar o menor acima identific das vacinas previstas ção Vacinação
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC, a acomp Plano Nacional de Vacina Extra Plano Nacional de V	canhar o menor acima identific das vacinas previstas ção Vacinação
(relação de parentesco com o mo	enor, se a houver), residente e	m, titular do BI/CC, a acomp Plano Nacional de Vacina Extra Plano Nacional de V	canhar o menor acima identific das vacinas previstas ção Vacinação