

TRABALHADOR DE SAÚDE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____

CPF: _____ TELEFONE: () _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

ENDEREÇO DO TRABALHO: _____

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

- CÓPIA CARTEIRA DE TRABALHO, **ou**
- CÓPIA HOLERITE (com nome da instituição), **ou**
- CÓPIA CONTRATO DE TRABALHO
- CÓPIA RG
- CÓPIA CPF



não colar esta parte



PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19
GRUPO: TRABALHADORES DE SAÚDE

RECEBIDO EM: ____/____/____

POR: _____