

TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECEBIMENTO DE VACINAS PARA COVID-19

Município/Regional*

Fabricante*

Quantidade de Doses*

Quantidade de frascos*

Validade*

Partida/Lote*

Temperatura no deslacre*

Temperatura acondicionada*

Nome completo do responsável pelo recebimento*

CPF*

Função do responsável pelo recebimento, no Município/Regional*

DECLARO que estou ciente que as vacinas por mim recebidas devem ser mantidas na temperatura entre _____ e _____ graus Celsius, assumindo a responsabilidade pela conservação em condições adequadas, com temperatura controlada, e em conformidade com as orientações do fabricante e aprovação da ANVISA, conforme disposto no informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19.

Data do Recebimento*

Hora do Recebimento*

Nota Fiscal Nº *

Assinatura (Responsável pelo recebimento) *