



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

DEPARTAMENTO MÉDICO JUDICIÁRIO - DMJ
CAMPANHA DE VACINAÇÃO GRIPE - 2024
VACINAÇÃO EM CLÍNICAS/FARMÁCIAS PARCEIRAS

CONTROLE DE VACINAS

Vacina: Influenza Tetraivalente - GRIPE

Laboratório: _____ **Lote:** _____ **Validade:** _____

Clínica: _____

Cidade: _____

Doses aplicadas: _____

Obs: Preencher todos os campos sem rasurar

EQUIPE RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO

Nome: _____

Nº Conselho de Classe: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Data: ____/____/____

EMPRESA

[CONTATO DA EMPRESA \(E-MAIL\)](#)

CONTATO DA EMPRESA (FONE)



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

*** AUTORIZADOS A RECEBER A VACINA**

- * MAGISTRADOS ATIVOS
- * SERVIDORES ATIVOS
- * ESTAGIÁRIOS ATIVOS

* Autorizados mediante apresentação de crachá com matrícula ou ID

NÃO AUTORIZADOS A RECEBER A VACINA

- * TERCEIRIZADOS
- * APOSENTADOS/INATIVOS
- * FAMILIARES
- * SERVIDORES E ESTAGIÁRIOS CEDIDOS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES
- * ESTAGIÁRIOS SEM CONTRATO ASSINADO COM PODER JUDICIÁRIO
- * FUNCIONÁRIOS DE CARTÓRIOS PRIVATIZADOS
- * FUNCIONÁRIOS DE SERVENTIAS EXTRAJUDICIAIS
- * SERVIÇO/ESTÁGIO VOLUNTÁRIO

ATENÇÃO

* NÃO SERÁ PAGO VACINA APLICADA EM PÚBLICO NÃO AUTORIZADO A RECEBER VACINA



LISTAGEM NOMINAL - COMARCA _____			
Data da Campanha: ____/____/2024		Ass. Enfermagem: _____	
Horário: Início: _____ Término: _____		Ass. Responsável do Tribunal: _____	
Doses Enviadas: _____ Doses Aplicadas: _____		Vacina: Influenza Tetraivalente - GRIPE	
N.	NOME COMPLETO (LEGÍVEL)	MATRÍCULA ou ID	ASSINATURA
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

ATENÇÃO !!!!!

*** OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DO NOME COMPLETO E MATRÍCULA/ID DE FORMA LEGÍVEL.**

*** PREENCHIMENTO DA PLANILHA DE MANEIRA INCOMPLETA PODERÁ ACARRETAR O NÃO PAGAMENTO DA DOSE APLICADA**