



ANEXO III-B

LISTAGEM NOMINAL - COMARCA _____				
Data da Campanha: ____/____/____			Ass. Enfermagem: _____	
Horário: Início: _____ Término: _____			Ass. Responsável do Tribunal: _____	
Doses Enviadas: _____ Doses Aplicadas: _____			Vacina: _____	
N.	NOME COMPLETO (LEGÍVEL)	CPF (para fins de cadastro na cardeneta eletrônica de vacinação)	MATRÍCULA ou ID	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

* 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