



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rodovia Transamazônica, S/ nº - Agrópolis do INCRA- Marabá- Pará
CEP. 68.500-000- Fone: (94) 3324-1949/ 2383

DECLARAÇÃO PARA VACINA DA COVID-19

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o profissional _____, CPF. Nº _____, Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____, data de nascimento _____ e filiação (mãe) _____ na ocupação (função) _____, Conselho de Classe nº _____, trabalha na empresa _____ e atua na SAÚDE prestando assistência direta à pacientes com Síndrome Gripal.

Responsável pela Instituição

OBS: NECESSÁRIO CARIMBO OFICIAL E ASSINATURA DO GESTOR.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Espírito Santo, nº 299- Bairro Amapá- Marabá – Pará- CEP: 68.502-030