



# SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO PARA VACINA DA COVID-19

## DECLARAÇÃO PARA POPULAÇÃO GERAL

Declaramos para os devidos fins que o usuário \_\_\_\_\_  
CPF. Nº \_\_\_\_\_, Cartão SUS Nº \_\_\_\_\_,  
data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e filiação (nome da mãe)  
\_\_\_\_\_, residente na Cidade de Marabá/PA na  
Rua: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Usuário

**OBS: É Obrigatório apresentação do documento com foto, Cartão SUS e Comprovante de Residência.**

Data:	( )D1	( )D2
Local:		
Vacina:		
Lote:		
Categoria:		
UBS:		
Enfermeiro:		

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

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

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