

## TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

### DECLARAÇÃO PARA TRABALHADORES DA COM VÍNCULO EM SERVIÇO DE SAÚDE

(CITAR NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE), CNPJ/CPF (nº do CNPJ/CPF) e CNES (nº do CNES), situado no endereço (ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO) que oferece os serviços de (CITAR QUAIS SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO PRESTADOS. EXEMPLO: PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, ODONTOLOGIA, ETC) devidamente representado por (CITAR NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL), declara através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19, que (CITAR NOME COMPLETO), CPF (CITAR Nº), trabalha no supra mencionado estabelecimento e encontra-se em pleno exercício das suas funções até a presente data, no setor (CITAR), desenvolvendo as atividades relacionadas (CITAR AS ATIVIDADES).

Por fim, declaramos, sob responsabilidade civil e criminal, que temos conhecimento que neste momento somente os trabalhadores da saúde na ativa (presencialmente) podem ser vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

Teixeira de Freitas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

(ASSINATURA DE QUEM EMITE A DECLARAÇÃO)

---

(Nome completo e CPF de quem emite a declaração)

(Cargo de quem emite a declaração)

(Carimbo LEGÍVEL da empresa)