



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IVAIPORÃ
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a)
_____, inscrito(a) no CPF
ou CNS sob o nº _____ é portador de

conforme o CID ou a lista de comorbidades do Plano Nacional de Imunização Covid-19 do
Ministério da Saúde.

Ivaiporã, _____ de _____ de 2021

Assinatura e carimbo do médico

Ciente e de acordo

Assinatura do Solicitante