



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBOSA FERRAZ  
FORMULÁRIO PARA VACINA CONTRA A COVID-19 PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE BARBOSA FERRAZ-PR

NOME DA EMPRESA \_\_\_\_\_

CNPJ/CNES \_\_\_\_\_, devidamente representado

por \_\_\_\_\_, declara através da presente, para os

fins de comprovação da vacinação do Covid-19 que \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, trabalha no mencionado estabelecimento e encontra-se

em pleno exercício das suas funções até a presente data. Por fim, afirma que esta declaração é verdadeira e por esta assumo as responsabilidades civil e criminal.

Barbosa Ferraz ..... de Novembro de 2021.

\_\_\_\_\_  
Declarante