

# PLANO MUNICIPAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

## ANEXO 5 - Autodeclaração do Profissional de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
EQUIPE DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES



### DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DA SAÚDE A SER VACINADO CONTRA A COVID-19 DO PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO, CONFORME ESTRATIFICAÇÃO DA RESOLUÇÃO Nº 025/21 - CIB / RS

Eu, \_\_\_\_\_ (CPF nº \_\_\_\_\_), DECLARO, para a execução do plano municipal de vacinação, que sou profissional da saúde, credenciado junto ao Conselho Profissional \_\_\_\_\_, com registro profissional sob o nº \_\_\_\_\_, atuante na área/função \_\_\_\_\_, no estabelecimento denominado \_\_\_\_\_ que presta atividade assistencial direta e presencial, localizado no endereço \_\_\_\_\_, desde a data de \_\_\_\_\_, estando ciente de que eventual informação falsa poderá ensejar responsabilidade nas esferas civil, administrativa e criminal, inclusive a caracterização do crime de falsidade ideológica, nos termos do art. 299 do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal).

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do declarante

**Observação:** tem que apresentar junto um documento de identidade e a carteira profissional do respectivo conselho de classe ou outro documento/declaração/certidão emitido pelo Conselho onde o mesmo esteja inscrito, além do comprovante de endereço.