

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.