



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro que \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_,  
está vacinado (a) em conformidade com o Calendário Nacional de Vacinação, ou seja, está em dia  
com as vacinas preconizadas.

Assinatura do profissional de saúde  
Carimbo da US

Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## DECLARAÇÃO

Declaro que \_\_\_\_\_,  
nascido em \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_,  
está vacinado (a) em conformidade com o Calendário Nacional de Vacinação, ou seja, está em dia  
com as vacinas preconizadas.

Assinatura do profissional de saúde  
Carimbo da US

Porto Alegre, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.