



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rodovia Transamazônica, S/ nº- Agrópolis do INCRA- Marabá- Pará
CEP. 68.500-000- Fone: (94) 3324-1949/ 2383

DECLARAÇÃO PARA VACINA DA COVID-19

DECLARAÇÃO PARA BANCÁRIO

Declaramos para os devidos fins que o bancário
_____, CPF. Nº _____,
Cartão SUS Nº _____, data de nascimento ___/___/_____ e filiação
(nome da mãe) _____, trabalha no Banco
_____, residente na Cidade de Marabá/PA no endereço:
_____.

Assinatura e carimbo do Gestor

OBS: É Obrigatório apresentação do documento com foto, Cartão SUS e Comprovante de Residência.

]

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Espírito Santo, nº 299- Bairro Amapá- Marabá – Pará- CEP: 68.502-030