



Prefeitura de Maceió  
Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Vigilância em Saúde  
Coordenação Geral de Vigilância em Saúde  
Coordenação Técnica de Imunização/PNI

## DECLARAÇÃO DE CUIDADOR PARA VACINAÇÃO

Declaro para os fins de comprovação quanto ao atendimento de critérios estabelecidos para vacinação contra o COVID-19 e/ou Influenza, que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, presta cuidados domiciliares diretos a (familiar que recebe cuidados) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_.

Confirmo a veracidade do fato e declaro que estou ciente dos riscos que corro, quando da falsidade de documentos, aplicando-se o Artºs 297 e 298 do Código Penal Brasileiro.

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Nome do familiar responsável pela emissão da declaração

CPF \_\_\_\_\_

Telefone para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_