



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ORLÂNDIA - SP**

**CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o(a) senhor(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF ou CNS sob nº \_\_\_\_\_

é portador de \_\_\_\_\_  
(inserir CID ou descrever a doença)

Orlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico

**Lei nº 17.320, de 12 de fevereiro de 2021 - Dispõe sobre penalidades a serem aplicadas pelo não cumprimento da ordem de vacinação dos grupos prioritários, de acordo com a fase cronológica definida pelo plano nacional e/ou estadual de imunização contra a Covid-19.**

\_\_\_\_\_  
Médico ciente da lei acima