

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO EM GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA A VACINAÇÃO  
CONTRA COVID-19 CONFORME PLANO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO**

**TRABALHADORES DA SAÚDE**

**Doula**

Declaro para os devidos fins que: \_\_\_\_\_, portador do

CPF: \_\_\_\_\_, nascido em; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, mãe:

\_\_\_\_\_ é DOULA e atua na presente data para esta

instituição/família: \_\_\_\_\_.

Irati, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (carimbo e assinatura)

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO EM GRUPOS PRIORITÁRIOS PARA A VACINAÇÃO  
CONTRA COVID-19 CONFORME PLANO ESTADUAL DE IMUNIZAÇÃO**

**TRABALHADORES DA SAÚDE**

**Doula**

Declaro para os devidos fins que: \_\_\_\_\_, portador do

CPF: \_\_\_\_\_, nascido em; \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, mãe:

\_\_\_\_\_ é DOULA e atua na presente data para esta

instituição/família: \_\_\_\_\_.

Irati, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
COORDENAÇÃO DA INSTITUIÇÃO (carimbo e assinatura)