



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VALENÇA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**REQUERIMENTO DE CADASTRO PARA VACINAÇÃO COVID-19**  
**PROFISSIONAIS DE CLÍNICAS E/OU CONSULTÓRIOS**

Vem respeitosamente requerer que seja concedido ao profissional abaixo relacionado as doses da Vacina contra a COVID 19

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MÉDICO E MÉDICOS ESPECIALISTAS              | <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICOS                     |
| <input type="checkbox"/> MÉDICO VETERINÁRIO                          | <input type="checkbox"/> FONOAUDIOLOGOS                    |
| <input type="checkbox"/> DENTISTA E/OU ODONTÓLOGOS                   | <input type="checkbox"/> ASSISTENTES SOCIAIS               |
| <input type="checkbox"/> ENFERMAGEM E/OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM       | <input type="checkbox"/> PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICOS |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPÊUTA E/OU TERAPÊUTAS OCUPACIONAIS | <input type="checkbox"/> BIOLÓGOS                          |
| <input type="checkbox"/> BIOMÉDICOS                                  | <input type="checkbox"/> PSICOLÓGOS                        |

\*EQUIPE APOIO (RECEPCIONISTA, SEGURANÇAS, AUX. DE SERVIÇOS GERAIS, COZINHEIROS, MOTORISTAS DE AMBULÂNCIAS E OUTROS QUE ATUAM NA ÁREA DA SAÚDE, CUIDADORES DE IDOSOS, ACADEMICOS EM SAÚDE, ESTUDANTES NA ÁREA TÉCNICA EM SAÚDE EM ESTÁGIO HOSPITALAR, ATENÇÃO BÁSICA, CLÍNICAS E LABORATÓRIOS

<b>DADOS PROFISSIONAIS / INFORMAÇÕES DO CONTRATANTE</b>			
PROFISSÃO:		REGISTRO:	
INSTITUIÇÃO CONTRATANTE / RESPONSÁVEL:			
CPF / CNPJ:		DATA DE ADMISSÃO:	
TELEFONE DO CONTRATANTE:		CELULAR DO CONTRATANTE:	
ENDEREÇO DO CONTRATANTE:			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
NOME COMPLETO:			
OCUPAÇÃO:			
<b>DADOS PESSOAIS</b>			
NOME DO PAI:		NOME DA MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	ESTADO CIVIL:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:	UF:	
<b>DOCUMENTOS PESSOAIS</b>			
CPF:		CARTAO SUS:	
RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	UF:	DATA EXPEDIÇÃO:
<b>ENDEREÇO</b>			
RUA:			N.:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CIDADE:		UF:	CEP:
E-MAIL:	TELEFONE FIXO:	CELULAR:	
Obs:			
PROFISSÃO:		REGISTRO DO CONSELHO:	
CPF / CNPJ:		DATA DE ADMISSÃO DO REGISTRO:	
		DATA DE VALIDADE:	

Favor anexar ao requerimento xerox das documentações indispensáveis:

- Carteira de Identidade ou CNH;
- CPF;
- Comprovante de Residência;
- CTPS – Carteira de Trabalho ( Foto, número, série e assinatura do contrato);
- Cartão Nacional do SUS;
- CNES (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE);
- Álvara de Funcionamento;
- \* Declaração de vínculo empregatício ou de prestação de serviço na área da saúde

### **DECLARAÇÃO:**

Declaro que as informações acima são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas, estando ciente de que a qualquer momento a Secretaria Municipal de Saúde, bem como o Poder Judiciário e Ministerial poderão fazer diligências para a comprovação da veracidade.

Valença, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura do profissional

Assinatura do contratante/responsável