



PREFEITURA DE
VILA VELHA

SERVIÇO DE IMUNIZAÇÕES DO MUNICÍPIO DE VILA VELHA
Declaração da Situação Vacinal (MENORES DE 5 ANOS)
Lei Estadual Nº 10.913/2018



Declaro para os devidos fins que o(a) aluno(a) _____,
CPF/CNS: _____ está com a seguinte situação vacinal, de acordo com o
calendário do Programa Estadual de Imunização do Espírito Santo:

Vacinas **obrigatórias** (vacinas da rotina e vacina influenza às crianças pertencentes ao grupo prioritário da Campanha)



() ATUALIZADO



() DESATUALIZADO. Especificar motivo e qual vacina: _____

Nome e Carimbo do Profissional de Saúde

_____/_____/_____
ESF TERRA VERMELHA.

*VALIDADE da declaração: 12 meses a partir da data de emissão.



PREFEITURA DE
VILA VELHA

SERVIÇO DE IMUNIZAÇÕES DO MUNICÍPIO DE VILA VELHA

Declaração da Situação Vacinal (MAIORES DE 5 ANOS)
Lei Estadual Nº 10.913/2018



Declaro para os devidos fins que o(a) aluno(a) _____,
CPF/CNS: _____ está com a seguinte situação vacinal, de acordo com o
calendário do Programa Estadual de Imunização do Espírito Santo:

Vacinas **obrigatórias** (vacinas da rotina e vacina influenza às crianças pertencentes ao grupo prioritário da Campanha)



() ATUALIZADO



() DESATUALIZADO. Especificar motivo e qual vacina: _____

Vacinas **recomendadas** (vacina Covid-19)



() ATUALIZADO



() DESATUALIZADO

Nome e Carimbo do Profissional de Saúde

_____/_____/_____
ESF TERRA VERMELHA

*VALIDADE da declaração: 12 meses a partir da data de emissão.