



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - COREMU

## DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_,  
residente do 1º ano do Programa de Residência ( ) Multiprofissional ( ) Uniprofissional/MV em  
\_\_\_\_\_, Área de  
Concentração/Ênfase \_\_\_\_\_, declaro que:

( ) Recebi a 1ª dose da vacina contra COVID-19 na data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Coronavac/Instituto Butantan

( ) Oxford/AstraZeneca

( ) Recebi as duas doses da vacina contra a COVID-19 nas datas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Coronavac/Instituto Butantan

( ) Oxford/AstraZeneca

( ) Não estou vacinado contra a COVID-19. Neste caso, preencha o quadro abaixo

CPF:	Data de Nascimento:
Nome completo da mãe:	

( ) Estive com COVID-19, diagnosticado na data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Apresentei sintomas gripais recentemente com início no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

( ) Não apresentei sintomas gripais recentemente (últimos 30 dias)

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, sob minha responsabilidade.

Santa Maria, 04 de março de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do residente

Prof. Vânia M. F. Olivo  
SIAPE 8382605  
Coordenadora da COREMU