



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