**DECLARAÇÃO DE VÍNCULO**

Declaro para os devidos fins de comprovação junto ao município de Belo Horizonte do cadastro para a vacinação contra a Covid-19 de trabalhadores da área de saúde, sob as penas da Lei, que eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME COMPLETO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, portador da matrícula funcional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registro no conselho profissional (se houver) nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sou trabalhador de saúde exercendo a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FUNÇÃO/ATIVIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_ e encontro-me em pleno exercício das minhas atividades na(o) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTABELECIMENTO DE SAÚDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediada nesta Capital e cadastrada(o) no CNES sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por meio da empresa/cooperativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro estar em atividade no estabelecimento acima referida e ainda ter ciência que a existência de vínculo com estabelecimentos de saúde da capital é condição para o recebimento de vacina contra a Covid-19.

Declaro, sob responsabilidade civil e criminal, que tenho conhecimento que neste momento somente os trabalhadores de saúde na ativa podem ser vacinados por serem grupo prioritário definido pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19.[[1]](#footnote-1)

Declaro ainda ter ciência que esta declaração será entregue à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para comprovação de que sou trabalhador de saúde e avaliação do enquadramento no público-alvo definido para recebimento da vacina contra a Covid-19. Também estou ciente de que a qualquer momento poderão ser solicitadas outras formas de comprovação e que em caso de declarações falsas posso ser responsabilizado.

Declaro que os dados deste formulário e as informações nele contidas são verdadeiras e que estou sujeito às penalidades legais por qualquer dado inverídico.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Belo Horizonte, de março de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTABELECIMENTO DE SAÚDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sediado nesta Capital e cadastrado no CNES sob o n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devidamente representado por \_\_\_\_NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL\_\_\_\_\_\_\_, declara através da presente, para os devidos fins de comprovação da vacinação contra a Covid-19, que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOME COMPLETO DO TRABALHADOR DE SAÚDE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trabalha no estabelecimento de saúde supra mencionado e encontra-se em pleno exercício das suas funções até a presente data, exercendo a função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FUNÇÃO/ATIVIDADE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro ser verdadeira a confirmação de vínculo do trabalhador no estabelecimento de saúde da qual sou responsável e que estou sujeito às penalidades legais em caso de fraude na confirmação.

Confirmo a declaração de vínculo do trabalhador de saúde.

Belo Horizonte, de março de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo Estabelecimento de Saúde

1. Conforme a 5ª edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/planovacinacaocovid_ed5_15-mar-2021_v2.pdf>, na estratégia de vacinação dos trabalhadores da saúde “*será solicitado documento que comprove a vinculação ativa do trabalhador com o serviço de saúde ou apresentação de declaração emitida pelo serviço de saúde”*. [↑](#footnote-ref-1)