



Prefeitura de São José dos Campos  
Secretaria de Saúde  
Divisão de Vigilância em Saúde  
Vigilância Epidemiológica/Imunização  
Comitê Imunização COVID 19

## DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO- CONVIVÊNCIA

(Eu, nome completo)

.....

R.G. nº.....,

CPF Nº .....

DECLARO o que segue: ( NOME DO COMPANHEIRO/A).....,

R.G. nº....., CPF/MF nº.....,

Reside atualmente no endereço Logradouro ....., nº .....,  
complemento....., bairro....., cep 12.....-..... em São José dos  
Campos/SP, conforme Comprovante de endereço anexo em meu nome.

O declarante e o portador desta declaração, ratificam a sua veracidade e têm ciência quanto  
a responsabilidade criminal em caso de falsidade.

São José dos Campos ...../...../.....

---

ASSINATURA DO DECLARANTE (Idêntica ao Documento oficial com foto)