



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

## DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO TRABALHADORES TEMPORÁRIOS

(NOME DA EMPRESA)

.....  
CNPJ N° .....localizada  
à ....., nº....., bairro ..... por seu  
representante legal abaixo assinado DECLARA para fins de vacinação  
COVID 19 que o (a) Sr. (a).....,CPF  
..... é funcionário (a) conforme contrato de trabalho em  
anexo pelo período de .....até .....

São José dos Campos ...../...../.....

---

(Nome completo, função do representante da empresa e carimbo)

**OBS.: DEVERÁ SER ANEXADA A CÓPIA DO CONTRATO DE  
TRABALHO.**