

Assinatura: _____

COREN ou CRM: _____

Anexo 5 – Declaração de comprovação de comorbidade

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID – 19

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a) _____
_____, inscrito(a) no CPF ou CNS sob o nº _____
_____, é portador de _____
(inserir CID ou descrever a doença).

Município, (dia) de (mês) de ano.

Assinatura e carimbo do médico

Fonte: OFÍCIO CIRCULAR Nº 115/2021/SVS/MS.