## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE



## DECLARAÇÃO DE PORTADOR DE DOENÇA

Eu, Dr			(no	me con	npleto),	CREM	ESP númer	о	(citar
n°) CPF número _	West of the second	(	citar nº) de	eclaro at	ravés d	da prese	ente, <u>para o</u>	s devi	dos fins de
<u>comprovação</u>	da	vacinaçã	ăo do	<b>O</b>	ovid	<b>19</b> ,	que	0	Sr(o)(a)
			(nome	do	paci	ente)	apresenta	а	patologia
			(citar_a	doença	CID_			, ε	estando sob
meu acompanham	nento.								
Declaro tar	nbém q	ue o(a) mes	smo(a) faz	uso do	medic	amento			1
(citar o nome) por	mim pre	escrito confo	rme presc	rição an	еха.				
Por fim, de	eclaro, s	ob responsa	abilidade d	civil e c	iminal,	que te	nho conhec	imento	que neste
momento somente	e os po	rtadores da	s comorbi	dades c	itadas	no Ane	xo 1 do Do	ocumer	nto Técnico
Estadual da Cam	panha d	le Vacinação	o contra a	COVID	– 9ª a	atualizaç	ção publicad	do em	18/04/2021
podem ser vacina	ados po	r serem gru	po prioritá	ário defi	nido er	m inforn	ne do Minis	stério c	da Saúde e
Regulamentado na	a Comis	são Interins	titucional E	Bipartite	– CIB.				
Declaro, air	nda, que	e estou cient	e que a in	veracida	ide da	informa	ção contida	neste	documento,
por mim firmado,	constitu	ıi prática de	infração	disciplin	ar (Có	digo de	Ética Médi	co / C	apítulo X –
Documentos Médi	icos / Ai	t. 80. Exped	lir docume	ento méd	lico sei	m ter pr	aticado ato	profiss	sional que o
justifique, que seja	a tender	cioso ou qu	e não corr	esponda	à verd	dade) e,	passível de	puniçã	ão na forma
da lei.									
	Muni	cípio			,	de _	Will 16.4.A		de 2021.

Carimbo e assinatura do profissional

CIENTE.
NOME PACIENTE:
RG: