

DECLARAÇÃO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE/DOENÇA

Com base em informações prévias de prontuário e/ou de relatório médico apresentado, declara-se

que o (a) paciente

Nascido em

, portador do CPF

enquadra-se no grupo de comorbidades elencadas pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra COVID-19 - 5ª edição, de 15/03/2021 do Ministério da Saúde, para fins vacinação, por apresentar a seguinte doença:

Esta declaração foi emitida em duas vias de igual teor, sendo a primeira via entregue ao paciente/responsável legal e a segunda via anexada ao seu prontuário. A emissão deu-se mediante solicitação e consentimento do (a) paciente nela citado, ou do seu responsável legal, que abaixo assina para atestar o conteúdo deste documento e fazer valer como verdade as informações aqui contidas.

Assinatura do (a) paciente ou de seu responsável legal

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a)

Nome: _____

CRM-UF: _____

Lagoa Santa, _____ de _____ de 2021.

