

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.