

DECLARAÇÃO DE PORTADOR DE DOENÇA

Eu, Dr _____ (nome completo), CREMESP número _____ (citar n^o) CPF número _____ (citar n^o) declaro através da presente, **para os devidos fins de comprovação da vacinação do Covid 19**, que o Sr(o)(a) _____ (nome do paciente) apresenta a patologia _____ (citar a doença) CID _____, estando sob meu acompanhamento.

Declaro também que o(a) mesmo(a) faz uso do medicamento _____ (citar o nome) por mim prescrito conforme prescrição anexa.

Por fim, declaro, sob responsabilidade civil e criminal, que tenho conhecimento que neste momento somente os portadores das comorbidades citadas no Anexo 1 do Documento Técnico Estadual da Campanha de Vacinação contra a COVID – 9^a atualização publicado em 18/04/2021 podem ser vacinados por serem grupo prioritário definido em informe do Ministério da Saúde e Regulamentado na Comissão Interinstitucional Bipartite – CIB.

Declaro, ainda, que estou ciente que a inveracidade da informação contida neste documento, por mim firmado, constitui prática de infração disciplinar (*Código de Ética Médico / Capítulo X – Documentos Médicos / Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade*) e, passível de punição na forma da lei.

Município _____, _____ de _____ de 2021.

Carimbo e assinatura do profissional

CIENTE.
NOME PACIENTE:
RG: