

ANEXO I

Modelo de atestado médico para justificativa da contraindicação à vacina

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins de contraindicação formal à vacinação contra a COVID-19, que o Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do documento \_\_\_\_\_, possui condição clínica que contraindica a vacinação contra a COVID-19.

A contraindicação médica se dá frente a:

Antecedente de reação alérgica grave (anafilaxia) pelo componente:

\_\_\_\_\_

Reação alérgica grave (anafilaxia) após aplicação da seguinte vacina:  
\_\_\_\_\_ na data de \_\_\_\_\_

Outro motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fundamentação técnico-científica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiros todos os dados inseridos neste atestado, ficando sujeito às penalidades legais previstas na Lei e éticas revistas pelo CFM.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Autorizo o fornecimento das informações médicas atestadas neste documento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo legíveis

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente