



ATESTADO MÉDICO PADRÃO - VACINAÇÃO COVID-19

Eu, _____, atesto para os devidos fins
que o paciente _____ vem sendo
acompanhado para o tratamento da(s) comorbidade(s) abaixo assinada(s):

() GESTANTE/PUÉRPERA COM COMORBIDADE

() SÍNDROME DE DOWN

() DOENÇA RENAL CRÔNICA

() CARDIOPATIAS (Cardiopatias hipertensivas; Arritmias cardíacas; Insuficiência Cardíaca; Cor pulmonale; Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio III (PA $\geq$ 180x110mmHg); Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio I (PA $\geq$ 140-159 x 90-99mmHg) ou II (PA $\geq$ 160-179 x 100-109mmHg) com lesão de órgão-alvo; Cardiopatias Congênitas; Valvopatias; Implantes valvares; Síndrome Coronariana; Miocardiopatias; Pericardiopatias; e, Doenças da Aorta ou Grandes Vasos).

() DIABETES MELLITUS.

() OBESIDADE GRAU III ou mórbida (IMC igual ou superior a 40kg/m²).

() DOENÇAS NEUROLÓGICAS (Doença Cerebrovascular; Esclerose Lateral Amiotrófica - ELA; Doenças Neuromusculares; Lesão Medular; Doença de Parkinson).

() PNEUMOPATIAS (CRÔNICA E GRAVE, incluindo tuberculose).

() IMUNODEFICIÊNCIA (Pessoas que Vivem com HIV/AIDS; em Quimioterapia, em uso de imunossupressores devido Doença Auto-Imune).

() ANEMIA FALCIFORME

OUTRAS: _____

Declaro, ademais, serem verdadeiras todas as afirmações, ciente que a não veracidade poderá acarretar a instauração dos competentes processos judiciais, inclusive o crime de falsidade previsto no artigo 299 do Código Penal, referente a pena de 1 a 5 anos quando alguém: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante".

São José dos Quatro Marcos-MT, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura e Carimbo com CRM/RM