



ANEXO I

ATESTADO

Atesto que o(a) paciente _____, CPF/RG _____, possui neste momento impossibilidade para realização de vacinação para TODOS os imunizantes contra a Covid-19, em virtude de apresentar patologia(s) / condição de saúde que os contraindica(m). CID-10: _____

Cidade ____ de _____ de 2022.

Assinatura e carimbo do médico assistente