



VACINAÇÃO COVID-19
Nossa prioridade é salvar vidas.



Fortaleza
PREFEITURA
Saúde

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
ASSINALADA(S):

- CARDIOPATIAS (Cardiopatia hipertensiva; 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; Cardiopatia Congênita; 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).

OUTRAS _____

- PNEUMOPATIAS (CRÔNICA E GRAVE).
- DOENÇA RENAL CRÔNICA - DRC.
- IMUNODEFICIÊNCIA (Pessoas que Vivem com HIV/AIDS; em Quimioterapia; em uso de imunossupressores devido Doença Auto-Imune).

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".

FORTALEZA, _____ / _____ / _____

Assinatura e Carimbo com CRM/RMS