



**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