

ATESTADO VACINAÇÃO COVID-19

ATESTO para os fins de vacinação contra a COVID-19, que

____ nascido em ____/____/____ usuário da Unidade Básica de Saúde

____ é portador da(s)

seguinte(s) comorbidade(s):

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Pneumopatias Crônicas Graves
- ☐ Hipertensão Arterial Resistente (HAR)
- ☐ Hipertensão Arterial Estágio 3
- ☐ Hipertensão Arterial Estágio 1 e 2 com LOA e/ou Comorbidade
- ☐ Insuficiência Cardíaca (IC)
- ☐ Cor-pulmonale e Hipertensão Pulmonar
- ☐ Cardiopatia Hipertensiva
- ☐ Síndromes Coronarianas
- ☐ Valvopatias
- ☐ Miocardiopatias e Pericardiopatias
- ☐ Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas Arteriovenosas
- ☐ Arritmias Cardíacas
- ☐ Cardiopatias Congênita no Adulto
- ☐ Próteses Valvares e Dispositivos Cardíacos Implantados
- ☐ Doenças neurológicas crônicas
- ☐ Anemia Falciforme
- ☐ Talassemia maior
- ☐ Doença Renal Crônica
- ☐ Imunocomprometidos
- ☐ Obesidade Mórbida
- ☐ Síndrome de Down
- ☐ Cirrose hepática

Por ser verdade, firmo o presente.

Bragança Paulista, ____ de _____ de _____.

Profissional Médico/CRM