

**ATESTADO MÉDICO PADRÃO - VACINAÇÃO COVID-19**

EU, \_\_\_\_\_, ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE \_\_\_\_\_, RESIDENTE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, VEM SENDO ACOMPANHADO PARA O TRATAMENTO DA(S) COMORBIDADE(S) ABAIXO ASSINALADA(S):

- Pessoas transplantadas de órgão sólido ou de medula óssea.
- Pessoas vivendo com HIV (PVHIV).
- Pessoas com doenças inflamatórias imunomediadas em atividade e em uso de corticoides em doses  $\geq 20$  mg/dia de prednisona, ou equivalente, por  $\geq 14$  dias.  
Crianças: doses de prednisona, ou equivalente,  $\geq 2$ mg/Kg/dia por mais de 14 dias até 10 Kg.
- Pessoas em uso de imunossupressores e/ou imunobiológicos que levam à imunossupressão.
- Pessoas com erros inatos da imunidade (imunodeficiências primárias).
- Pessoas com doença renal crônica em hemodiálise.
- Pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos seis meses.
- Pessoas com neoplasias hematológicas.

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