

**MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA JUSTIFICATIVA DA  
CONTRAINDICAÇÃO À VACINA**

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para fins de contra indicação formal à vacinação contra a COVID-19, que o Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do documento \_\_\_\_\_, possui condição clínica que contraindica a vacinação contra a COVID-19.

A contra indicação médica se dá frente a:

( ) Antecedente de reação alérgica grave (anafilaxia) pelo componente:

\_\_\_\_\_

( ) Reação alérgica grave (anafilaxia) após aplicação da seguinte vacina:

\_\_\_\_\_ na \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_

( ) Outro motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fundamentação técnico-científica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro serem verdadeiros todos os dados inseridos neste atestado, ficando sujeito às penalidades legais previstas na Lei e éticas revistas pelo CFM.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

( ) Autorizo o fornecimento das informações médicas atestadas neste documento.

\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo legíveis  
paciente

Assinatura do