

---

**ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA DGRH Nº 03/2021**  
**Modelo de atestado médico para justificativa da contra-indicação 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 previstas pelo CFM.

Local e data

Autorizo o fornecimento das informações médicas atestadas neste documento.

Assinatura e carimbo legíveis

Assinatura do paciente