



**PREFEITURA MUNICIPAL DE POLONI
COORDENADORIA MUNICIPAL DA SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE POLONI**

**ATESTADO MEDICO PADRÃO PARA COMORBIDADES DA VACINAÇÃO COVID-19
NO MUNICÍPIO DE POLONI – SP**

**Este documento dever ser preenchido pelo médico de forma manuscrita pelo médico*

Eu (médico) _____, CRM _____

atesto para os devidos fins que o(a) paciente _____

_____, idade _____ anos, é acompanhado por mim desde

____/____/____ para tratamento da(s) Comorbidade(s):

Em uso das seguintes medicações:

Declaro serem verdadeiros todos os dados inseridos neste atestado, ficando sujeito às penalidades da Lei e do CRM.

_____, ____/____/____
Local e data

Assinatura do médico

Assinatura do(a) paciente