

São Paulo, 20 de julho de 2021.

**Aos Excelentíssimos Membros do Poder Judiciário e do Ministério Público,**

Na qualidade de médicos, em respeito ao juramento hipocrático que embasa a nossa profissão, mui respeitosamente nos dirigimos a Vossas Excelências, membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, para expor situações e nove dilemas principais relacionados ao enfrentamento da COVID-19, bem como propor sugestões de imediatas providências em relação ao tema da vacinação contra a doença, em especial a análise do real conteúdo – qualitativo e quantitativo – das vacinas disponíveis.

Após extenso levantamento da literatura médico-científica, apresentamos neste breve ofício uma síntese com as conclusões obtidas de nossos estudos, em especial sobre os riscos envolvidos com as vacinas experimentais contra a COVID-19 atualmente disponíveis no Brasil e no mundo.

**O texto completo, para a vossa apreciação, inclusive com referências científicas, consta no documento anexo intitulado "Manifesto Hipocrático".**

Aqui objetivamos expor uma série de questionamentos sobre a atual proposta de **obrigatoriedade e/ou aplicação coercitiva das vacinas contra COVID-19** em cidadãos brasileiros de todas as faixas etárias, supostamente motivada pela urgência da pandemia.

**Primeiro dilema**

*Sobre a Obrigatoriedade de Vacinação com Produtos Experimentais sem Garantias Explícitas de Segurança a Médio e Longo Prazo*

Em dezembro de 2019 foi anunciada a descoberta de uma doença causada por um novo coronavírus resultado de uma incomum grande mutação (SARS-Cov-2): **Corona Virus Disease**, por isso **COVID-19**. Três meses depois, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elevou a doença ao status de "pandemia" e apenas quatro semanas após foi anunciada a primeira plataforma vacinal, *antes mesmo que os obrigatórios, necessários, adequados e éticos experimentos em animais fossem concluídos (ou as conclusões dos estudos da fase pré-clínica em animais fossem divulgadas)*, foram imediatamente iniciados os testes em seres humanos - chamados pelos fabricantes das vacinas de "fusão das fases" de desenvolvimento de vacinas com o objetivo de obterem uma vacina o mais rápido possível. Desde então o foco foram os testes de eficácia, *ficando os testes de **segurança** da saúde das pessoas vacinadas **em segundo plano**.*

Esta celeridade gerou uma série de potenciais problemas, como a impossibilidade de saber sobre os eventos adversos de médio e longo prazos, que estão se confirmando na prática dia após dia, sem contar o silêncio constrangedor e mesmo proibido, por censura da grande mídia e das redes sociais e até mesmo da própria OMS, quanto a propostas de tratamentos possíveis para a nova doença utilizando medicamentos seguros e consagrados para doenças virais e tromboembólicas semelhantes à nova doença que já acometia centenas de milhares de pessoas por todo o mundo naquela ocasião.

**Um fato sem precedentes na história da Medicina**, que pegou de surpresa todo o meio médico e científico que, perplexo, dividiu-se entre os céticos e os crentes convictos na tecnologia vacinal revolucionária até então desconhecida de todos.

É conhecimento estabelecido que mesmo vacinas com tecnologias convencionais, denominadas “medicamentos imunobiológicos”, apresentam riscos de eventos adversos, como qualquer medicamento sintético criado pelo Homem.

Os potenciais benefícios e os possíveis riscos das vacinas e outros medicamentos sintéticos são continuamente avaliados por bem estabelecidos critérios da **Farmacovigilância**. Ao serem identificados riscos inesperados ou com maior frequência do que se supunha, sempre se faz necessária a adoção de medidas enérgicas de correção, inclusive até mesmo a suspensão imediata da vacinação - como aconteceu com a vacina da dengue após exaustivos anos de pesquisa e aplicação na população - em respeito ao **Princípio da Precaução**.

Gostaríamos de deixar claro que **este ofício não é uma cruzada contra vacinações em geral**, mas a necessária exposição de aspectos específicos, preocupantes e graves sobre as atuais ditas vacinas contra a COVID-19 que foram autorizadas em tempo recorde com tecnologias nunca antes utilizadas em massa em seres humanos e de composição, benefícios e riscos que *não foram e continuam não sendo transparentes para a sociedade*.

Há, inclusive, como já mencionado, sérios questionamentos inclusive se os produtos que estão sendo referidos como “vacinas” realmente o são, considerando-se o conceito clássico de vacina. Melhor e mais técnico seria denominá-las “*terapias gênicas*”, que ainda não passaram completamente pelas fases de testes com as devidas comprovações de eficácia e, muito principalmente, de segurança.

**É também preciso ficar claro que defendemos o direito de que pessoas devidamente esclarecidas possam se vacinar, mesmo com vacinas que estão ainda em fase experimental, sem comprovação de segurança e eficácia, se assim o desejarem, com a devida assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, praxe em pesquisas clínicas envolvendo seres humanos.**

No entanto, **a obrigatoriedade, a imposição coercitiva, por meio de “passaporte ou passe sanitário”, do uso de produtos experimentais injetáveis é inaceitável, considerando-se a irreversibilidade do ato e a imprevisibilidade de eventos adversos a curto, médio e longo prazo**. Podemos estar diante da iminente criação de uma nova classe de indivíduos, indevidamente transformados em párias ou cidadãos de segunda classe porque simplesmente se sentem inseguros em serem vacinados com produtos experimentais.

## Segundo Dilema

*Sobre a Importância da Farmacovigilância de Eventos Adversos de Médio e Longo Prazo e dos Riscos de Genotoxicidade, para a Fertilidade Humana (Feminina e Masculina), Ocorrência de Malformações Fetais, Doenças Autoimunes, Doenças Neurodegenerativas e Óbitos*

Devido à fusão das **fases 1/2/3 (experimentais)** do desenvolvimento das vacinas realizado em brevíssimo tempo de cerca de 6 meses (em geral duram no mínimo entre quatro a sete anos) ao longo de 2020, os eventos adversos foram medidos por **apenas** duas semanas após a aplicação das substâncias – isso mesmo, apenas 14 dias –, ou seja, **os eventos adversos de médio e longo prazo não puderam ser avaliados**, pois necessariamente dependem da passagem do tempo.

A própria OMS, em seu curso de Vacinologia, recomenda que os **eventos adversos comuns sejam monitorados por no mínimo 42 dias** e que **eventos neurológicos** (encefalomielites, síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa, dentre outros) o sejam por **um período mínimo de 3 meses**, porque envolvem mecanismos imunológicos mais complexos, inclusive reações adversas de autoimunidade através de autoanticorpos, induzidos pela vacina em tela, autoanticorpos estes que agem contra estruturas próprias do organismo do indivíduo vacinado.

Mesmo sem tais dados cruciais, várias vacinas foram autorizadas para suposto uso emergencial em massa no Brasil e em diversos outros países.

Em estudos clínicos, a prática habitualmente aceita é análise de risco/benefício estratificada por grupos. Como pretexto para justificar a vacinação para todos, ao contrário, foi aplicado o risco quase completamente associado apenas a idosos, obesos e alguns grupos especiais à toda população.

Importante estudo científico publicado recentemente por pesquisadores poloneses, alemães e holandeses, sobre o cálculo de benefício/risco de vacinação contra COVID-19, constatou que **para cada três mortes supostamente evitáveis pela vacinação, teríamos que aceitar duas outras causadas pela própria vacinação**. O estudo foi feito com dados da Holanda, tendo sido rapidamente removido pelos editores da revista em que foi publicada sob alegação de “imprecisão das conclusões”. Segundo os autores, esta falta de benefício claro deve fazer com que os governos repensem sua política de vacinação.

Outro estudo estabelece que **o número de pessoas vacinadas contra COVID-19 necessário para prevenir uma única morte está entre 9.000 e 50.000, sendo 16.000 como uma estimativa provável**. A divulgação correta dos números de redução de risco absoluto da doença é essencial para evitar viés de relato de resultados na avaliação da eficácia de vacinas contra COVID-19.

**Pressa é absolutamente incompatível com biossegurança pois, dada a necessidade de seguir o rigor científico, a avaliação de uma vacina não se resume em medir a eficácia e segurança dos eventos adversos de curto prazo, quanto aos quais já há registros em sistemas de Farmacovigilância europeus e norte-americano extremamente preocupantes: tal fato jamais deveria ser motivo de controvérsia por ser óbvio e racional.**

**As reações indesejadas que podem vir a ser notadas após meses ou anos, inclusive as que eventualmente manifestar-se-ão nas gerações futuras, não foram sequer cogitadas, em especial os riscos de infertilidade masculina e feminina, de alterações genotóxicas e de malformações congênitas em bebês (teratogenicidade). Esta conduta fere os princípios mais básicos da Farmacovigilância.**

É de suma importância frisar que a fase 3 de estudos clínicos da maioria das vacinas administradas no Brasil (e no mundo) ainda não foram finalizados. A base de informações vem de dados preliminares, ou seja, ainda estão em fase experimental. **Muitos desconhecem que as vacinas de Pfizer, AstraZeneca e Janssen terão seus estudos finalizados somente em 2023 – e estamos em meados de 2021.**

Impressionante observar que apressados estudos pré-clínicos e clínicos realizados em ínfimos seis meses tenham sido tomados como “suficientes” para que tais substâncias obtivessem a licença provisória e até mesmo definitiva, como é o caso das vacinas Pfizer e AstraZeneca no Brasil.

**Todas as aprovações (temporárias ou definitivas) emitidas pela agência reguladora Anvisa foram baseadas exclusivamente em documentos, papéis fornecidos pelas indústrias farmacêuticas fabricantes das ditas “vacinas”, que inclusive pleitearam o sigilo industrial para que a exata composição dos produtos injetáveis não fosse revelada, assim como a aprovação de lei de irresponsabilidade penal e civil quanto a efeitos colaterais graves que elas mesmas temem que poderão ocorrer.**

### **Terceiro Dilema**

#### *Sobre a Existência de Tratamento Medicamentoso Com Medicamentos Reposicionados (Off-Label) da COVID-19*

Entendemos que todos temos o direito de saber exatamente o conteúdo do que está sendo injetado nos nossos corpos.

**A suposta e falsa alegação da inexistência de tratamento medicamentoso para a doença criou o terreno favorável para que uma nova narrativa de “verdade mundial” considerasse somente as vacinas contra COVID-19 a solução para resolver definitivamente a pandemia – e isso desde o primeiro momento em que a pandemia foi decretada.**

*O tratamento existe, está disponível (uso Off-Label) e está sendo aplicado por médicos de consultórios privados e de serviços públicos de muitas cidades brasileiras e de diversos países de todo o mundo com excelentes resultados relatados por cientistas independentes e sem conflitos de interesses de forma descentralizada em dezenas de revistas científicas de todo o mundo.*

Vale a pena lembrar também que **os estudos clínicos das vacinas atuais não objetivaram medir sua eficácia em diminuir a possibilidade do indivíduo se infectar ou mesmo de morrer decorrente da doença.** De fato, os estudos avaliaram como desfechos **apenas a redução de gravidade do quadro clínico.** Apenas isso. E, concordamos, isso é muito pouco para justificar campanhas de vacinação em massa; havendo inclusive indícios imunológicos e clínicos de estarem associadas ao aparecimento de novas variantes do vírus, inclusive configurando cepas resistentes às próprias vacinas originalmente desenhadas para o vírus selvagem original

## Quarto Dilema

### *Sobre a Falta de Estudos de Segurança em Animais das Vacinas que Utilizam Engenharia Genética e os Riscos Desconhecidos da Vacinação em Massa com tais Produtos*

As vacinas gênicas - que incluem as chamadas vacinas de vetor viral das empresas AstraZeneca, Janssen, Sputnik e as conhecidas vacinas de mRNA (RNA mensageiro) da Pfizer e da Moderna - chamam particularmente a atenção por sua tecnologia “revolucionária” de **Engenharia Genética experimental** utilizadas para vacinação em massa pela primeira vez na história da Medicina.

Esses ditos “imunizantes” de nova geração, *sem quaisquer exemplares anteriores (testados e comprovadamente seguros em experimentos com animais)*, têm como princípio a introdução de genes de interesse por meio de uma molécula de DNA ou RNA. Independentemente da exata tecnologia empregada, estas vacinas gênicas tem como objetivo final estimular o organismo humano a produzir uma versão da proteína Spike do vírus SARS-Cov2, para assim induzir o sistema imunológico do indivíduo vacinado a produzir anticorpos contra esta mesma proteína.

*Em outras palavras, estas vacinas genéticas transformam a pessoa vacinada numa espécie de fábrica de produção de proteínas Spike do Coronavírus tipo 2.*

**Já foram identificados vários problemas, alguns potenciais e outros já confirmados, relacionados a tais estratégias “imunizantes” adotadas, que a seguir elencamos:**

- 1- A proteína Spike do vírus é altamente tóxica e responsável pela intensa reação inflamatória que causa vasculites, trombozes e embolias típicas da fase moderada e grave da COVID-19.** Ainda não sabemos se a versão sintética induzida pela vacina seria mais ou menos segura do que a versão selvagem, havendo já enorme debate no meio científico devido ao grande número de registro de eventos adversos graves nos órgãos de Farmacovigilância, demonstrando que *o sistema imunológico de muitas pessoas vacinadas não foi capaz de neutralizar totalmente as proteínas Spike produzidas antes que tenham causado graves danos ao organismo.*

Tal proteína Spike do vírus pode ter impacto direto sobre as células endoteliais que revestem as paredes dos vasos sanguíneos do cérebro, comprometendo a integridade da barreira hematoencefálica, o que explica os danos neurológicos observados em pacientes com COVID-19 ou vacinados.

Esta mesma proteína Spike está associada à infertilidade masculina e feminina e doenças congênitas em bebês quando administrada em mulheres grávidas. Existe também potencial e múltiplos registros em Farmacovigilância de problemas cardíacos e pulmonares. Nos EUA, onde a maior parte da população foi vacinada com vacinas de mRNA, **os casos de miocardite e óbitos explodiram na faixa etária de 12 a 20 anos**, faixa etária raramente atingida pelo COVID-19. Casos semelhantes ocorreram em Israel.

- 2- Mesmo que a versão sintética da proteína Spike pudesse, apenas por hipótese, ser totalmente segura, estudos sugerem que **alguns anticorpos da classe G (Imunoglobulina G ou IgG), contra essa proteína, ao invés de protegerem, poderiam causar danos pulmonares, fato observado e publicado em 2012 em experimentos realizados com macacos expostos ao Coronavírus tipo 1 (SARS-Cov1).**
- 3- Existe uma teoria denominada "**Shedding**", apoiada por vários especialistas, por via da qual **pessoas vacinadas causariam doenças em pessoas não vacinadas após o simples contato com secreções contendo proteínas Spike em sua composição.** Abortos espontâneos já foram relatados por gestantes não vacinadas em convívio social com pessoas vacinadas. Isso é gravíssimo e merece investigação. Embora isso possa parecer difícil de acreditar, há um mecanismo plausível pelo qual isso poderia ocorrer, descrito no documento anexo, envolvendo **prions e exossomos.**
- 4- **É possível que as vacinas para evitar COVID-19 causem agravamento da doença através de diferentes mecanismos em indivíduos que já foram anteriormente infectados pelo vírus SARS-Cov2; ou ainda em indivíduos que venham posteriormente ser infectados pelo vírus SARS-Cov2 ou qualquer espécie de coronavírus.**

**Um deles é o fenômeno conhecido como ADE, do inglês "*Antibody Dependent Enhancement*" ("realce dependente de anticorpos"). Neste caso o sistema imunológico, induzido pela vacina, *reage de maneira exagerada à posterior infecção por SarsCov-2, ou qualquer outro coronavírus, e provoca reação inflamatória e de destruição intensa de células do indivíduo vacinado.***

Isto é particularmente mais grave se as proteínas Spike, que são produzidas no corpo humano por ação da vacina e (ao contrário do que prometeram as gigantes farmacêuticas), não permanecerem no músculo do braço onde o produto foi injetado e sim passem a ser transportadas pelo sistema circulatório *para vários órgãos importantes, como o cérebro, coração, ovários, testículos, fígado, baço, glândulas adrenais e vários outros – e esses órgãos possam ser gravemente lesados, levando inclusive à morte.*

*Em muitos casos, os anticorpos induzidos por vacinas, chamados "não-neutralizantes", não impedem a entrada do vírus nas células, e pelo contrário podem paradoxalmente aumentar sua capacidade de entrar nas células e levar ao agravamento da doença.*

Vários estudos científicos apontam que as vacinas genéticas para COVID-19 produzem grande proporção de anticorpos não-neutralizantes.

Fenômenos assim já foram observados em algumas vacinas, como, por exemplo, com a vacina contra a dengue, que foi retirada do mercado por favorecer o desenvolvimento de dengue hemorrágica em pessoas saudáveis que foram vacinadas e que posteriormente foram contaminadas naturalmente pelo vírus da dengue.

*Há ainda outras formas através das quais vacinas podem fragilizar a saúde de pessoas vacinadas, em lugar de protegê-las.*

## Quinto Dilema

### *Sobre Alguns dos Riscos Conhecidos de Componentes Presentes nas Bulas das Vacinas Contra COVID-19 em Uso no Brasil*

A descrição dos componentes das atuais “vacinas” contra a COVID-19 nas bulas apresenta importante ausência de informação em relação a suas quantidades exatas e níveis de segurança em seus produtos finais.

Por exemplo, não existe transparência quanto à quantidade de hidróxido de alumínio na CoronaVac. Sabemos que **este metal é tóxico para o sistema nervoso central e periférico - é neurotóxico** - e existem suspeitas muito fortes de que seja um dos causadores da doença de Alzheimer (cérebros de indivíduos falecidos com a doença apresentaram cerca de quatro vezes mais alumínio que os de indivíduos falecidos com outros tipos de demência).

A vacina da AstraZeneca possui **polissorbato 80**, um conservante adicionado para inibir o crescimento de microorganismos em geral e conhecido desencadeador de reações alérgicas imediatas, denominadas **anafiláticas**, em função da liberação maciça de histamina. **Em estudos com ratos de laboratório já se documentou que esta substância ultrapassa a barreira hematoencefálica, acumulando-se no cérebro das cobaias. O mesmo acúmulo foi observado nos ovários de ratas** com consequências totalmente imprevisíveis em relação à **fertilidade e danos congênitos para as futuras gerações**. A vacina da AstraZeneca também apresenta organismos geneticamente modificados na sua composição bem como uma **linhagem de células fetais de rim feminino (HEK 293)**, que, além dos aspectos éticos para muitas pessoas (**objeção de consciência**), pode ter consequências no sentido de *estimular o sistema imunológico a desenvolver doenças autoimunes e outras consequências não previstas inicialmente*, porque fragmentos de material genético dessas células podem, em teoria, atuar sobre o cromossoma 19, responsável pelos reparos dos danos ao DNA.

A vacina de RNA mensageiro da Pfizer, também uma terapia gênica, apresenta três diferentes nanopartículas de lipídeos (gorduras) envolvendo a fita de mRNA, dentre elas o **polietilenoglicol (PEG)**, já elencado em estudos prévios como desencadeador de anticorpos anti-PEG em até 72% da população norte-americana, **o que aumenta muito o risco de reações alérgicas anafiláticas graves em indivíduos sensíveis**.

**É possível afirmar na data de hoje que existem riscos reais de doenças e sequelas associadas a lesões vasculares graves, lesões neurológicas degenerativas, distúrbios psiquiátricos, doenças autoimunes e que o risco de óbitos associados a tais terapias gênicas experimentais NÃO é desprezível.**

Centenas de vídeos veiculados em mídias sociais têm sugerido que *podem existir componentes magnéticos* nas vacinas contra COVID-19. Isto precisa ser apurado e as empresas responsáveis necessitam esclarecer essa questão definitivamente, confirmando a presença ou não desses elementos e revelando qual seria a intenção da utilização de tais componentes, caso confirmados, bem como o motivo da não discriminação desses componentes nas bulas dos referidos medicamentos injetáveis.

## Sexto Dilema

### *Sobre os Números Alarmantes de Eventos Adversos Relatados nos Diversos Bancos de Dados Mundiais*

Os bancos de dados de eventos adversos das vacinas contra COVID-19 dos Estados Unidos da América (Vaccine Adverse Events Reporting System - VAERS), da Agência Britânica Regulatória de Medicamentos e Produtos para Saúde (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, MHRA) e da Agência Europeia de Medicamentos (European Medicines Agency - EMA) apresentam números impressionantes e dados extremamente preocupantes, totalizando várias centenas de milhares de eventos adversos e dezenas de milhares de óbitos decorrentes das vacinas contra COVID-19 apenas em tais países (sem sequer contar o resto do mundo).

*Para compreender o processo de causação destas mortes e efeitos colaterais graves, decorrentes de falha de segurança (e não de eficácia), basta considerar o mecanismo de ação das novas vacinas gênicas, nunca antes autorizado para emprego em massa com seres humanos.*

É essencial atentar a que as vacinas de tecnologia “tradicional” utilizam vírus inativado ou atenuado para estimular o sistema imunológico a produzir anticorpos contra eles e ainda de outros mecanismos de identificação e destruição de futuros ataques virais.

Por outro lado, como já mencionado, **as “vacinas” genéticas contra COVID-19, ainda em fase experimental, fazem com que o corpo humano se transforme em verdadeira “fábrica” de proteínas Spike, as quais em si mesmas são comprovadamente nocivas e potencialmente letais.** Mais grave ainda é a circunstância já comprovada de que elas não ficam retidas no músculo do braço das pessoas vacinadas, mas sim, como antes já acentuado, são transportadas pelo sistema circulatório, a órgãos vitais como o cérebro, o que explica os efeitos neurológicos gravíssimos, e ao coração, o que torna fácil compreender o grande número de eventos adversos e mortes já causados associados a miocardites; assim como a outros importantes órgãos do corpo humano, com consequências imprevisíveis.

Dados do VAERS norte-americano, da agência europeia EudraVigilance, da britânica MHRA e seu Yellow Card Reports e do brasileiro Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (SNVEAPV) com seu braço VigiMed ligado à Anvisa trazem diversas preocupações, **mostrando que esta já se revela como a campanha de vacinação com a maior quantidade de eventos adversos, complicações graves e óbitos (falhas de segurança) da história da humanidade.**

O banco de dados VAERS, que reflete as notificações espontâneas somente nos Estados Unidos, acumulou, em 2 de julho de 2021, DUAS MIL mortes a mais em apenas sete dias, totalizando 9048 MORTES notificadas como associadas/desencadeadas diretamente às “vacinas” gênicas em si (*importante não as confundir com falha de eficácia*).

No Brasil, até 27/06/2021, foram registradas 1816 notificações em relação à vacina CoronaVac e 4971 notificações em relação à vacina AstraZeneca.



Considerando que **estudo norte-americano (Harvard Pilgrim)** afirma que **menos de 1% dos eventos adversos são de fato notificados**, poderemos estar com um número enorme de complicações ainda desconhecidas, que levarão a imensuráveis problemas no médio e longo prazo, *muitos dos quais poderão ser sequelas debilitantes e permanentes.*

### **Sétimo Dilema**

#### *Sobre o Aumento do Número de Casos de COVID-19 na Vigência de Vacinação em Massa*

Dados epidemiológicos de alguns países - como Chile, Índia e ilhas Seychelles - sugerem que **mesmo depois de efetuada vacinação em larga escala, o número de casos de COVID-19 disparou, gerando dúvidas pertinentes em relação à prometida eficácia (ou seria real falta de eficácia?...)** dessas substâncias experimentais.

Em frontal oposição, os dados objetivos de **países e serviços médicos que adotaram o tratamento imediato com medicamentos reposicionados (Off-Label)** - tais como Egito, Marrocos, Cuba, o Institut Hospitalo-Universitaire en Maladies Infectieuses (IHU), localizado em Marselha, França, liderado pelo Prof. Dr. Didier Raoult, PhD, **e mesmo de cidades brasileiras** (Porto Seguro, Porto Feliz) - **demonstraram a eficácia do tratamento medicamentoso da COVID-19 quando administrado na fase inicial da doença, capaz de diminuir a replicação viral, o número de hospitalizações, de sequelas e óbitos.** Evidências científicas robustas em diversos níveis, existem centenas.

O exemplo da Índia também nos ajuda com a análise epidemiológica: até final de outubro de 2020, o governo indiano distribuía amplamente a ivermectina, um dos medicamentos utilizados no tratamento imediato da COVID-19. Houve, então, a decisão de suspender o medicamento no final de outubro de 2020, tendo o início da campanha de vacinação em massa ocorrido em janeiro de 2021. Um verdadeiro tsunami de casos de óbitos passou a acontecer e forma crescente, com a chocante necessidade de incineração de corpos a céu aberto nas ruas das principais cidades do país por meses, até o início de abril de 2021, quando então o governo indiano decidiu retomar a distribuição de ivermectina para a população. Resultado: queda vertiginosa do número de casos e de óbitos e controle da situação calamitosa.

**Dados precisam ser analisados racionalmente, sem emoção ou contaminação por vieses políticos, financeiros ou ideológicos.**

### **Oitavo dilema**

#### *Sobre “Primum non nocere” e o Risco de Vacinar Indivíduos que Já Apresentaram a Doença COVID-19*

**É muito importante destacar que, quanto às pessoas que já foram infectadas pelo vírus SarsCov-2, desenvolveram a doença COVID-19 e a superaram, não há um único estudo científico que indique que elas possam auferir algum benefício através da vacinação.**

E isto é simples de compreender e decorre da circunstância de que a imunidade natural adquirida é mais ampla e duradoura do que a imunidade derivada da mera produção de anticorpos contra apenas a proteína Spike do vírus causador da COVID-19.

Recente estudo levado a efeito pela prestigiosa Cleveland Clinic, com 52.238 de seus funcionários, concluiu que não há necessidade de vacinar pessoas que já tenham sido infectadas com o vírus que causa a COVID-19; e que a vacinação não lhes traz proveito algum.

A conclusão deste estudo está em perfeita sintonia com anterior estudo publicado na revista Nature, pelo grupo de pesquisadores do Departamento de Patologia e Imunologia da Washington University School of Medicine, nos Estados Unidos, que concluiu que mesmo casos leves ou assintomáticos de COVID-19 podem produzir imunidade duradoura.

De outro lado, ***há estudos científicos que indicam que pessoas que haviam sido infectadas pelo vírus SarsCov-2 correm riscos ainda maiores de eventos adversos graves se forem vacinadas, o que leva cientistas e médicos de renome internacional, como o Prof. Dr. Peter McCoullough, a concluírem que para essas pessoas, não existem evidências científicas que a vacinação apresente benefícios e que, pelo contrário, existem estudos que comprovam que a vacinação deva ser formalmente contraindicada em função dos riscos elevados de eventos adversos graves.***

É essencial que *a vacinação experimental contra COVID-19, tendo em conta seus efeitos a longo prazo desconhecidos, e os efeitos de curto já extremamente preocupantes, com mais de 45 mil mortes registradas na presente data como suspeitas de serem associadas a eventos adversos causados pela vacinação (por falha de segurança, e não “simples” falha de eficácia) seja conduzida de modo a levar em conta os grupos de pessoas que poderiam dela auferir o benefício prometido pelas empresas farmacêuticas de modo a superar em muito os riscos já conhecidos e desconhecidos incorridos.*

Em recente trabalho a equipe do Prof. Dr. Didier Raoult acentuou que: “importantes elementos de avaliação da vacinação contra COVID-19 foram negligenciados, como riscos associados à vacinação e sua generalização para grupos que provavelmente não terão qualquer benefício, como pessoas de menos de 55 anos de idade que não padeçam de comorbidades graves.” O mesmo trabalho aponta que “para mulheres com menos de 60 anos, a vacinação parece mais perigosa do que a própria COVID-19”.

***Há, sem qualquer dúvida, grupos de pessoas para os quais o Princípio da Precaução e a o dever primordial de não causar mal (Primum non nocere) são particularmente relevantes.***

Muito preocupante ainda é a grande pressão midiática, e mesmo de alguns médicos sob conflito de interesses com gigantes farmacêuticas, no sentido de impor a todos a vacinação experimental contra COVID-19, *sem qualquer consideração pela condição pessoal de cada ser humano, que muitas vezes pode constituir contraindicação formal para a vacinação em tela.*

Desta forma, já constatado o grande número de efeitos adversos graves associados à vacinação, como, por exemplo, trombozes e coágulos cerebrais, miocardites, reações anafiláticas, não faz o menor sentido impor a vacinação, ou mesmo recomendá-la, para pessoas cujo histórico pessoal já caracteriza um risco relevante de coágulos ou de reação alérgica significativa, por exemplo. **A vacinação contra COVID-19 nesses casos, verificado já objetivamente grande número de sequelas e eventos adversos graves, poderá representar um risco à saúde e à vida muito superior e totalmente inaceitável quando comparado ao suposto benefício pretendido de evitar infecção pelo vírus SarsCov-2.**

Mormente quando considerado que vários grupos de pessoas, em especial aquelas cujo sistema imunológico funciona bem, pessoas jovens ou maduras saudáveis, crianças e adolescentes, pessoas que não padeçam de comorbidades relevantes para COVID-19, além de correrem *risco absoluto de contrair doença grave ser baixo ou mesmo baixíssimo*, ainda respondem muito bem ao tratamento imediato (precoce), com fármacos seguros, baratos e amplamente disponíveis.

Assim, não faz qualquer sentido ético, médico, humano, expor pessoas a risco considerável de eventos adversos graves, especialmente quando considerados grupos, e pessoas em circunstâncias específicas, para os quais a vacinação poderá representar um risco desnecessário e mais elevado do que o risco de contrair infecção, muitas vezes branda, de COVID-19.

A imposição generalizada de vacinação experimental com os produtos atualmente disponíveis poderá resultar em grande número de mortes e de sequelas graves, como, aliás, já registram os sistemas de farmacovigilância europeus e norte-americanos.

### **Nono dilema**

#### *Sobre os Conflitos de Interesse de Profissionais que Ditam Diretrizes Médicas*

A cada dia ficam mais conhecidos os **relacionamentos espúrios e ocultos, os conflitos de interesses, de médicos que ocupam cargos de direção em sociedades médicas de especialidades, responsáveis por diretrizes técnicas sobre condutas de prevenção e tratamento da COVID-19, de médicos que recomendam exclusivamente a vacinação com os atuais produtos experimentais, contraindicando e omitindo as evidências científicas dos benefícios na utilização dos medicamentos reposicionados para o possível e adequado tratamento da COVID-19, bem como “validando” a suposta segurança dos produtos experimentais divulgados como “vacinas”.**

O recebimento por esses médicos, de modo antiético (sempre omitem seu claro conflito de interesses), de subvenções, patrocínios e vantagens financeiras oriundas de gigantes farmacêuticas, **comprometem a necessária imparcialidade na avaliação de condutas que poderiam mudar completamente o rumo da pandemia**, o que poderia trazer a tão ansiada tranquilidade e o retorno da vida como a conhecemos.

***Devemos sempre nos lembrar do ocorrido em 1956 quando do lançamento da talidomida, que foi introduzida como medicamento para ansiedade, inclusive liberado para grávidas.***

O medicamento, com propriedades sedativas e hipnóticas, inicialmente foi utilizado para tratamento de insônia e logo passou a ser recomendado também para tratamento de náuseas comuns na gravidez, com garantia de segurança. O novo medicamento foi amplamente utilizado entre 1957 e 1962, após maciça campanha publicitária em cerca de cinquenta países. **Após poucos anos a tragédia foi verificada. Entre dez a quinze mil crianças nascidas naquele período apresentaram focomelia (ausência congênita de membros), bem como outras alterações congênitas, associadas à utilização deste medicamento durante a gravidez.**

Entre as anormalidades ocasionadas pela talidomida estão alterações oculares, surdez, paralisia facial, malformações na laringe, traqueia, pulmão e coração, e **retardo mental** em 6,6% dos indivíduos afetados. **A taxa de mortalidade entre as vítimas variou entre 40% a 45% e 40% delas morreram no primeiro ano de vida.** Nada disso havia sido previsto nos estudos teóricos e mesmo identificados nos estudos experimentais e de grupo controle realizados pelas empresas fabricantes ANTES da ampla comercialização autorizada do produto.

**É preciso aprender com a história e principalmente não repetir graves erros já cometidos.**

*Outro fato histórico que merece sempre ser lembrado é a experimentação realizada nos campos de concentração nazistas durante a Segunda Guerra Mundial, em que seres humanos foram submetidos às mais atroz "pesquisas" clínicas sem que houvesse possibilidade de anuência ou mesmo opção de escolha, por meio de um termo de consentimento informado, livre e esclarecido.*

### **Sugestões de Imediatas Providências**

Tendo em vista as considerações acima, sugerimos imediatas providências:

1. **Que as atuais iniciativas do Poder Legislativo de tornar as atuais vacinas contra COVID-19 obrigatórias, sendo chamadas em conjunto de "Passaporte Sanitário" ou "Passe Vacinal", sejam convictamente invalidadas pelo Poder Judiciário.** Que seja sempre garantido o livre direito de escolha de cada indivíduo nesta questão da vacinação, em especial quando estão envolvidas vacinas experimentais.  
*A obrigatoriedade ou imposição seja por coação, ameaça, legislação ou medidas punitivas ou restritivas, quanto a qualquer procedimento médico direcionado ao ser humano contraria e fere frontalmente o Código de Ética de Nuremberg, o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina, o Capítulo de Direitos do Paciente do Código de Defesa do Consumidor, a Declaração de Helsinki, bem como a Carta dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas.*
2. Que seja apresentado à população que deseja ser vacinada **termo de consentimento informado, livre e esclarecido** (como já utilizado antes da realização de procedimentos médicos em todas as especialidades), baseado em informações sempre atualizadas e fornecidas pelas bulas vacinais do profissional de saúde (mais completa do que as bulas do paciente), uma vez que *tais informações não estão sendo amplamente divulgadas ao público.* As bulas deverão ser atualizadas em intervalos curtos e incluir todos os problemas conhecidos e potenciais, inclusive aqueles de médio e longo prazo a serem verificados.
3. Que sejam instituídos meios pelas autoridades competentes para assegurar a devida e necessária **notificação obrigatória de eventos adversos de qualquer gravidade advindas das vacinas contra COVID-19**, com o necessário seguimento e análise dos pacientes que apresentarem eventos adversos e dos óbitos registrados, de forma a desenvolvermos mecanismos mais eficientes de Farmacovigilância que possam melhorar os critérios de segurança das referidas vacinas.

4. Que seja **tornada absolutamente prioritária a realização de autópsias dos indivíduos falecidos vacinados**, de forma a esclarecer a importância da eventual concorrência ou causação da vacina aplicada no óbito em estudo. Exames anatomopatológicos e *post-mortem* sempre foram essenciais na Medicina para o maior conhecimento de doenças e dos efeitos de medicamentos e vacinas.
5. Que seja determinado pelas autoridades competentes que **no mínimo 03 (três) amostras de cada uma das atuais vacinas contra COVID-19, de lotes diferentes, sejam auditadas por laboratórios independentes, com monitoramento de especialistas também independentes e comprovadamente sem conflitos de interesse com as indústrias farmacêuticas produtoras das mesmas e sem vínculos políticos**, visando a documentação transparente do que realmente está sendo aplicado na população brasileira. Anexamos a seguir sugestão de tipos de análise dos produtos e locais onde podem ser realizadas em território brasileiro.

## TESTES EM AMOSTRAS DE PRODUTOS DE ENGENHARIA GENÉTICA

### A. MATERIAL / COMPOSTO

1. Nagalase
2. Sequenciamento do material genético para:
  - a) Sequências de HIV
  - b) Sequências de genes de resistência a antibióticos
3. Coagulogênio
4. 'Smart dust' ou nanorobôs com componentes:
  - a) Metálicos responsivos a campo eletromagnético
  - b) Componentes orgânicos termoresponsivos (ou termoativados)
5. Anticorpos anti-HCG (Hormônio Gonadotropina Coriônica)
6. Teste de integração do mRNA (RNA mensageiro) ao DNA das células receptoras para possível transcrição reversa por elementos LINE-1 de células humanas
7. Sonda DNA complementar (marcada com fluoróforo de emissão de onda no comprimento do vermelho) à sequência Spike obtida da amostra
8. Microscopia de fluorescência das amostras hibridizadas com software para colocação de fluorescências. Marcação do núcleo celular com hoescht 3342 ou DAPI. 3 amostras; 3 culturas celulares 70% confluentes em lâminas para microscópio; 4 campos para cada lâmina. As mesmas regiões devem ser escolhidas para as 4 lâminas. Grupo Controle (sem inoculação) x Grupo Teste (com inoculação de amostras)
9. Radioisótopos (átomos radioativos)
10. Luciferase e mNeogreen
11. Comportamento magnético das amostras

### B. TÉCNICAS CORRESPONDENTE A CADA TESTE

1. Espectrometria de massa em tandem (MS/MS ou MSn)
  - a) e b) NextSeq 550 Series ou similar
2. Espectrometria de massa em tandem (MS/MS ou MSn)
  - a) Microscopia Eletrônica de Transmissão + EELS (Espectrometria por perda de energia de elétrons)
  - b) Espectrometria de massa (MS)
3. ELISA indireto com biotinação dos anticorpos secundários policlonais
4. Hibridização Fluorescente *in situ* (FISH). Sonda de DNA complementar a sequência da proteína Spike obtida por transcrição reversa da amostra do produto a ser analisado. A cultura de célula inoculada e encubada com a amostra do produto deve ser linhagem epitelial de vasos sanguíneos, muscular ou neuronal de origem humana somática
5. Espectrometria de massa (MS); Detector de Cintilação (raios beta e gama)
6. BMG LabTech FLUOstar Omega Multimodal (leitor de placas) ou BioTek Synergy HT Multimodal (leitor de placas)
7. VSM (Vibrating Sample Magnetometer)

### C. LOCAIS QUE PODEM EXECUTAR AS ANÁLISES DAS AMOSTRAS

<b>MATERIAL A SER QUANTIFICADO</b>	<b>TESTE</b>	<b>LOCAL</b>
Nagalase	Espectrometria de massa em tandem (MS/MS ou MSn) e/ou Detector de Cintilação (raios beta e gama)	1) DLE Medicina Laboratorial – Rio de Janeiro (RJ)  ou 2) Departamento de Clínica Médica/USP – São Paulo (SP)
Coagulogênio		
Radioisótopos		
Componentes orgânicos termoresponsivos (ou termoativados)		
mRNA/ DNA	Sequenciamento (NextSeq 550 Series ou similar)	Laboratório de Técnicas Especiais, Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP)
Materiais nanoparticulados orgânicos e/ou metálicos (alumínio, mercúrio, chumbo, neodímio e níquel)	Microscópio Eletrônico de Transmissão Tecnai G2-20 - SuperTwin FEI - 200 kV (+ EELS)	Laboratório de Microscopia Eletrônica UFMG – Belo Horizonte (MG)
Grafeno	1) Atomic force microscope infrared spectroscopy (AFM-IR) – Spectroscopia de infravermelho por microscópio de força atômica 2) Espectroscopia Raman	UFSCar – São Carlos (SP)
Luciferase	BMG LabTech FLUOstar Omega Multimodal (leitor de placas) ou BioTek Synergy HT Multimodal (leitor de placas)	Laboratório de Nanotecnologia para o Agronegócio da EMBRAPA – São Carlos (SP)
mNeogreen		
Teste de possível integração do mRNA ao DNA das células receptoras	Hibridização Fluorescente in situ (FISH)	Departamento de Clínica Médica/USP – São Paulo (SP)
Anticorpos anti-HCG (Hormônio Gonadotropina Coriônica)	ELISA indireto com biotilação dos anticorpos secundários policlonais	1) DLE Medicina Laboratorial – Rio de Janeiro (RJ)  ou 2) Departamento de Clínica Médica/USP – São Paulo (SP)
Comportamento magnético das amostras	VSM ((Vibrating Sample Magnetometer)	CDTN (Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear) – Belo Horizonte (MG)

Em conclusão, **é possível que estejamos diante de um novo crime contra a humanidade, sem precedentes.**

Todas as falhas ou consequências não previstas em teoria ou no desenvolvimento de um medicamento ou vacina chamam mais atenção do que tudo o mais quando confrontadas com as experiências humanas reais.

*Pessoas estão morrendo, pessoas estão apresentando sequelas neurológicas graves.*

*Grávidas estão sendo vacinadas com produtos experimentais sem que se conheça efetivamente o risco de desenvolvimento de anomalias congênitas, tampouco o risco para as futuras gerações. Grávidas estão abortando após serem vacinadas. Há necessidade imperiosa de investigação e providências.*

**Não podemos aceitar que erros do passado se repitam nos dias atuais, com a adoção de “passaportes sanitários” ou “passes de vacinação”, que visam em última instância obrigar pessoas a serem vacinadas com produtos experimentais desenvolvidos em tempo curtíssimo e sem a necessária garantia de segurança relacionada a eventos adversos imediatos, de curto, médio e longo prazo.**

**Como médicos, clamamos para que as pessoas em posições de poder e com capacidade decisória valorizem os direitos humanos fundamentais, as liberdades civis e façam valer as garantias e limites constitucionais, evitando que propostas inaceitáveis de totalitarismo sanitário baseadas em medo e desprovidas do devido embasamento científico sejam acolhidas.**

Permanecemos à disposição para eventuais esclarecimentos que vierem a se fazer necessários, reiterando nosso compromisso com a **vida**, com a **verdade**, com a **liberdade**, com a **ética**, com a garantia da **dignidade** e **humanidade**, bem como com a **saúde**, **bem-estar** e **futuro** da população brasileira.

*"Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Higéia e Panacéia, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:*

*...  
Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém.*

*...  
Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário...*

*...  
Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça."*

*Hipócrates*

**Médicos Autores:  
(Nome completo e CRM/Estado)**

1. Maria Emilia Gadelha Serra, CREMESP 63.451
2. Alain Machado da Silva Dutra, CREMESP 102.211
3. Maria Leticia Simões Mendes, CREMESP 121.976
4. Carlos Eduardo Nazareth Nigro, CREMESP 83.726
5. Paulo Cezar Schutz, CREMERS 15175

**Médicos Signatários:  
(Nome completo e CRM/Estado)**

1. Acácia Patrícia Jordão da Silva, CRM-MA 2.634
2. Adele Jafar Adri Marim, CRM-MS 2916
3. Adolfo Silva Paraíso, CRM-MA 1.267
4. Adriana Aquino, CRM 525.6339-7
5. Adriana Biagioni de Almeida Magalhães Carneiro, CRMMG 34.312
6. Adriana Fortuna de Freitas, CRM-RN 3277
7. Adriana Miranda Moreira Cariry, CRM-PB 4.022
8. Adrieni Antunes do Amaral Alchaar, CREMERJ 52.57804.5
9. Aldrin Marshall de Toledo Rocha, CRM-MG 52.466
10. Alessandra Kurahashi Dantas, CREMESP 84.268
11. Alessandro Lemos Passos Loiola, CREMESP 142.346
12. Alexandre Castelo Branco de Luca, CRM-SP 90895
13. Alexandre Ferreira da Silva Lopes, CREMAM 7.060
14. Ana Claudia Margarido Sabe, CREMESP 82.180.
15. Ana Cláudia Milanez Rigoni, CRM-ES 5.746
16. Ana Luiza Vidal Maia, CREMERJ 52.85759-9
17. Ana Lydia Santiago Bayma, CREMEPE 7.770
18. Ana Maria Rodrigues Albino CREMESP 27.635
19. Ana Paula da Silva Müller, CRM-RO 1.599
20. André Leite Monteiro, CRM-SE 2.528



21. Anelyse Bozzo dos Santos Boaretto, CRM-PR 29297
22. Anna Emília Dantas Guerra Barretto, CRM-PE 9.958
23. Anna Júlia Pimentel, CRM-RS 48309
24. Antonio Augusto de Lima Pontes, CREMESP 104072
25. Antonio Bispo Santos Jr., CREMERJ 52.59869-7
26. Antônio Carlos Maldonado Guimarães, CRM-MG 41212
27. Antônio Jordão de oliveira Neto, CRM-PÉ 8.604
28. Antonio Marcílio Ferreira Neves, CREMERJ 52.22151.0
29. Aristóbulo Nunes Silveira, CRM-MG 1.4219
30. Atilano Zambrano Neto, CREMERS 8.456
31. Bárbara Heliodora Rodrigues Porto, CRM-ES 7894
32. Bárbara Maciel Horta Duarte, CRM-MG 4.4789
33. Bianca de Freitas Monteiro Urbano, CREMESP 163.479
34. Bruno Cavellucci, CREMESP 125.467
35. Carla Suzana Sica de Almeida CRM-RS 15297
36. Carla Vanessa dos Anjos Meira, CRM-MG 29.306
37. Carlise Gossler Beuren, CRM-RS 28.627
38. Carlo César Mung, CRM-MT 2.882
39. Carlos Cesar Cusmanich, CRM - PR 6894
40. Carlos Madalosso, CRM-RS 17.670
41. Carlos Mello De Capitani, CREMESP 29.996
42. Caroline Barbosa Oliveira, CRM-MA 5.251
43. Cecília Alves Belo Jardim, CRM- PE 13456
44. Cedric Heitor Rodrigues Coelho, CRM-RS 8.971
45. Cibele Magalhães Itapary, CRM-MA 5149
46. Cintia Mendes, CRM-MA 4.413
47. Cirley Maria Moraes, CREMERS 18.417
48. Clara Grazziotin, CREMERS 10.527
49. Claudia Carolina Vieira Davini, CREMESP 126.494
50. Claudia Melo Caiado, CREMESP 99.978
51. Cláudia Sá Amaral, CREMESP 99.953
52. Claudia Vieira Ramos, CREMERJ 52.534.40-9

53. Claudio Augusto Agualusa da Costa, CRM 52.614.933
54. Cláudio Shiohama, CREMESP 5.5149
55. Cleide Vanusia Vilela Araujo CRM SP19.960
56. Clésia Rezende Fernandes, CREMESP 11.8541
57. Clóvis Antônio Garcia Borges, CRM-MG 7.861
58. Cristiane Simões Bento de Souza, CRM-GO: 8.261
59. Cristina de Moura Alves, CRM-MG 19.903
60. Cristina Ortiz Menezes, CREMERJ 52.52664-0
61. Daliana Santos CRM-MS 3079
62. Dalida Leite Fahd, CRM-MG 24.993
63. Daniela Nogueira Ferreira, CREMESP 135.498
64. Danielle Mattar Lenac, CREMERJ 52.59296-7
65. Delly Scarinci, CRM-PR 4.850
66. Demerval Martins Cunha Júnior, CRM-TO 2306
67. Denise Missio Marcon, CRM-RS 16.710
68. Dilson de Barros Guimarães, CRM-MG 22.603
69. Djalma Nunes Marques, CRM-PE 30.011
70. Dlyann Swarovsky Figueira, CREMESP 201.394
71. Edmilson Altomani, CREMESP 80.138
72. Eduardo de Freitas Leite, CRM-BA 41.65
73. Elaine Fernandes CREMESP 64.472
74. Elaine Fernandes Penna CREMERJ 52-414319-7
75. Elaine Regina Mori, CREMESP 85.811
76. Eliane Kopchinski, CRM-PR 3.3507
77. Elizabeth Rodrigues Casimiro, CRM-PR 10.312
78. Emerson Fuerstenau, CREMERS 2305
79. Emília Cibele Magalhães Itapary, CRM-MA 5.149
80. Emmanuella Nunes da Costa, CRMMS 3.831
81. Érica Rosa Trindade, CRM-DF 9.923
82. Fabiana Helena de Godoy, CRM PR 13.407
83. Felipe Oliveira Neves, CRM-TO 1943
84. Fernando Born Volkar, CRM RS 47.147

85. Fernando Lamego de Souza Campos, CREMERJ 52.730.858
86. Flávia Cardozo Santos Maklouf, CREMESP 115.181
87. Flávia Martinelli Ramos, CREMESP 59.078
88. Flavia Roberta Sobral Lins, CRM-PE 9.760
89. Flávio Augusto Vasques Veizaga Veja, CRM-SP: 183.095
90. Flávio Formigoni de Freitas, CRMSC 14.240
91. Francesco Demetrio João Passa, CREMESP 38782
92. Gabriela Alonso Corrêa da Costa Chiconelli, CRM-MT: 3795
93. George Cavalcanti CRM- PE 10.700
94. Gilmayara Alves Abreu Maciel Pereira, CRM-AL 6.078
95. Gilvana Raimunda Machado dos Santos Miyashiro CREMESP 202.368
96. Guilhardo Fontes Ribeiro, CRM-BA 5.156
97. Guilherme Ramos Sens, CRM-MG 82.972
98. Gustavo Campelo Bornholdt, CREMESC 12410
99. Gustavo L. Carvalho, CRM-PE 9.647
100. Haroldo Luis Ribeiro Torres Alves, CRM-PR 19.522
101. Helena de Godoy, CRM-PR 13.407
102. Helena Dora Glina, CREMESP 40.597
103. Heloísa Drumond Corrêa, CRM-MG 20.409
104. Henrique Roosevelt Boechat de Lacerda. CRM-AC 1.070
105. Homero Oliveira de Arruda, CRM SP 28.330
106. Hugo J T Carvalho Passo Fundo, CREMERS 12.095
107. Iara Maria Pereira Roge CREMESP 64.570
108. Iracema Rossana Batista Araujo, CREMERJ 52 31929-0
109. Isabel Cristina Proença Ribeiro, CREMESP 133.838
110. Isabella Quintas Schirmer, CRM-ES 3.141
111. Ivan Zardo, CRM-SC 7.986
112. Ivone Regina Souto Dos Santos Pereira, CREMERJ 52-52445-7
113. Janaina Aparecida Schineider Casotti, CRM-ES 6.166
114. Janaina Sampaio Bento de Faria, CREMERJ 72.481-5
115. Jeannette Angélica Faúndez Urbina Machado, CREMESP 90.963
116. Jesiel Estêvão Fernandes de Oliveira, CREMESP 30.028

117. Jimena Rossi Alves, CRM-SC 28.653
118. João Antonio Pimenta de Carvalho, CRM-SC: 30.553
119. João Perfolli, CRM-SC 3.161
120. João Roberto Alvarenga Machado, CREMESP 103.625
121. Jorge Luiz dos Santos CRMPR 6.674
122. José Francisco Schulte Ulguim, CREMERS 19.193
123. José Magno Sousa Magalhães CRM- MA 4011
124. José Mário Rodrigues Pacheco, CRM-RN 1.903
125. José Paim de Andrade Fleck, CREMERS 7021
126. José Tavares Carneiro Neto, CRM-BA 10161
127. José Tavares Carneiro Neto, CRM-BA 10161
128. Josefina Portugal de Macedo, CRM-MG 24.467
129. Josiane Faria de Aguiar Nigro CRM-SP 75.518
130. Josiene Germano, CREME-SP: 82.979
131. Jovania Maria Carletto, CRM-PR 20592
132. Juliana Bacis Ceddia, CREMERJ 5251749-2
133. Juliana dos Santos Floriani, CRM-SC 11.498
134. Juliana Toazza Chechi, CREMERS 23733
135. Jurandir Bathaus CRM-PR 7.724
136. Karina Piva Camargo Volpe, CREMESP 138.596
137. Karla Suzany Oliveira de Andrade, CRM-BA 12755
138. Katiane Guedes Moreira Brandao, CRM-RO 3.391
139. Kleber Caligiuri Mendonça, CREMESP 39.308
140. Lara Passos Ramalho Arruda, CRM SP 153849
141. Larissa Patriota Cezar Valassi, CREMESP 102.476
142. Larissa Patriota Cezar Valassi, CRM SP 102 476
143. Léo Uchida, CRM-PR 7.229
144. Liciane T Horn Cardoso, CREMESP 111.253
145. Lília Teixeira de Campos CRM-PR 32.973
146. Lillian Pessanha da Silva, CREMERJ 52.64476-5
147. Lindsey Cristina da Silva Silveira, CRM-ES 8.584
148. Lino Guedes Pires, CREMESP 43181

149. Livia Maria Soares Thomé, CREMERJ 52.62721-6
150. Livia Matos de Oliveira, CRM-MG 52575
151. Lúcia Kaoru Yamada, CRM SP 16897
152. Lúcia Maria Castilho Monteiro da Silva, CRM 52.55477-7
153. Lucy Kerr, CREMESP 20.963
154. Luís Antônio Soares Pires, CRM-MT 3.671
155. Luiz Felipe Tavares Guerreiro CREMERJ 52.412.17-5
156. Luiz Formentin, CREMESP 47.157
157. Luiz Gustavo Vallin Krawiec, CRM-PR 23.333
158. Luiz Hermano Rugani Brandão, CRM-MG: 20402
159. Magali Santiago Silva Losso CRM-PR 9.019
160. Malcolm Montgomery, CREMESP 30.676
161. Manuel José M. Barreto Chaves, CREMESP - 83558
162. Marcelo Gomes Pacheco Mota, CRM-MA 3.736
163. Marcia de Freitas Faria, CRM-MG 27.944
164. Márcia Pradella-Hallinan, CREMESP 78.579
165. Marcia Roos, CREMESP 78.785
166. Marcia Sakuray, CRM SP 80.514
167. Marcia Suemy Kawakami, CREMESP 145.072
168. Márcia Zinato Respeita, CRM-MG 13.120
169. Marco Antônio Dias, CREMESP 39.272
170. Marco Antônio Rios Lima, CRM-DF 1521
171. Marco Otávio Rocha Couto, CRM-DF 12,167
172. Marco Vinícios Oliveira Santana, CRM-GO 9.850
173. Marcos Aurelio Sousa da Ponte, CRM-DF 7.995
174. Marcus Vinicius do Nascimento, CRM-MS 630
175. Margareth das Graças Zeni Tomelin, médica, CRM-PR 6.239
176. Margareth Dutra, CREMESP 49.927
177. Margarida Maria Lyrio Badin, CREMERJ 52-28960-7
178. Maria Angela do Nascimento, CREMERJ 52.37283-4
179. Maria Betânia de Almeida, CRM-MG 24.401
180. Maria da Graça Campos Roxo, CREMERJ 5264702-0

181. Maria da Graça dos Santos, CREMERS 22.978
182. Maria das Graças Reis da Cunha, CREMEB 6.608
183. Maria de Sousa Barbosa, CRM- Pi 2009
184. Maria Elizabeth Ayoub. CREMERJ 52.32 446 2
185. Maria Emilia Rodrigues CREMERJ 52.600.25-6
186. Maria Lúcia Matheus, CREMESP 56.319
187. Maria Luiza Wanderley da silva, CREMESP 75.079
188. Maria Margareth S R Dutra, CRM 49.927
189. Maria Rita Oliveira de Vargas, CRM PR 13.399
190. Mariana Maya Werneck Magalhães, CREMERJ 52-60280-6
191. Mariangela Delgado Athayde Cavalcante, CRM-DF 3.949
192. Marianice Galvão de Salles Toti, CRM SP 37.180
193. Marília Celeste Matos Druczkoski, CRM-MG 67189
194. Marina Philbois de Toledo, CREMERJ 52.77904-4
195. Marinês D. Dall'Agnol, CREMERS 19.539
196. Marinês D. Dall'Agnol, CREMERS 19539
197. Marisa Aparecida Poletto Machado, CREMESP 91.825
198. Marizete de Melo Cruz, CRM-MG 34.825
199. Marlise Gottfried Weis, CREMERS 21.427
200. Martha Veronica Camara Barbosa, CREMERJ 52-0064488-9
201. Martha Vieira Christo Barbosa da Silva, CREMERJ 52.487.14-4
202. Mauricio Gerude, CREMERJ 52-40043-3
203. Maurílio Oliveira Brandão, CRM-SP 68571
204. Melissa Chaves Azevedo e Silva, CRM-DF 15.635
205. Melissa de Andrade Dutra, CRMMG 73213
206. Miriam Ines Alberti, CRM-RS 10.707
207. Moema de Almeida Flores Cruz, CRM-RS 13930
208. Nadya Mendes Kazzaz, CRM-MG 21210
209. Nailton Jose Soares Formiga, CRM-SC 7075
210. Nara Regina de Oliveira Quintanilha, CREMERJ 52.54895-0
211. Nedda Von der Schulenburg Goulart CREMESP 131.827
212. Neide Marise Barreto Murta CRM-MG 26.568

213. Neila Jane de Campos Cerqueira, CRM-GO 2.926
214. Neiva Leite, CRM PR 14.797
215. Ney Zippin Tuber, CREMERJ 256.022
216. Nilcimar do Amaral Monteiro, CREMERJ 52.51258-9
217. Nilo Peçanha dos Santos, CRM-MG 32.913
218. Otávio Gomes Lins CRM-PE 12.660
219. Paula Barbosa Baptista, CREMERJ 52.636.51-7
220. Paulo Bittencourt dos Reis, CREMERJ 26.436-9
221. Paulo Fernando Bruno da Mata, CRMMG 5.868
222. Paulo Henrique Costa Larré, CREMEPE 9676
223. Pavlos Alexandre Loverdos - CREMESP 64.624
224. Priscila Montemór Soares Messina Cavellucci, CRM SP 129 842
225. Rafael Oppermann, CRM-SC 23.614
226. Raquel Costa Coêlho, CRM-GO 8.148
227. Raquel Duarte Carvalho, CRM-RO 186
228. Renato Meneguelo, CRM-CE 15845
229. Renato Tuneyasu Yamada, CRM SP 13774
230. Ricardo da Fonseca Piao, CRM-MG 21.432
231. Ricardo de Matos Chiconelli CRM-MT 3580
232. Rita de Cássia Araújo Gonçalves, CRM-AL 1141
233. Roberto Doglia Azambuja, CRM-DF 636
234. Robson Koiti Takeda, CREMESP 139.000
235. Rogério Gomes Damasceno, CRM-DF 9.020
236. Rosa Maria Miranda Moreira, CRM-PE 9.040
237. Rosa Miyuki Tanaka Nabechima, CRM-PR 9.136
238. Rosangela Danin Souza, CRM-DF 6377
239. Rosangela Kanashiro Gava, CRM-PE 9365
240. Rubens Cascapera Junior, CREMESP 41.749
241. Rui Pazin, CRM-CE 7.448
242. Ruy Alves Filho, CRM-SC 23.518
243. Ruy do Rego Barros Neto, CRM-PE 7901
244. Sarah Rangel Odoni, CREMESP 177.485

245. Selma Ribeiro, CREMESP 140.832
246. Sérgio Wilson Pontes Pimentel, CREMERJ 52.60786-7
247. Simone Tironi Borin, CREMESP 108103
248. Solange Nunes Martins de Oliveira, CREMERJ 52 41.380-3
249. Suely Mitiko Gomi Kuwae, CRM-GO 6.077
250. Suzana Oliveira, CREMERJ 52-854093
251. Tatiana Cardoso Pereira, CRM- MS 4237
252. Tatiana Lachi, CRM-MS 5.133
253. Tatiana Soria Fernandes Pinto, CREMERJ 52.70562-4
254. Telma Maria de Souza Vieira, CRM-MG 24.371
255. Terezinha das Graças Oliveira Fortes, CRM-PI 405
256. Thaisa Albanesi Santos, CRM SP 145.745
257. Thaísa Mara Cardoso, CRM-MG 25.966
258. Thayane Mara Reis da Encarnacao, CRM-BA 19.116
259. Thiago Lusivo RosA, CREMESP 188727
260. Valcilene Alves de Freitas Lima, CRM-RN 7.871
261. Valderez Aparecida Capelini Bathaus CRM-PR 7.725
262. Valéria Maria Isabel de Moraes Franco Modolo, CREMESP 117529
263. Valéria Teresa Saraiva Lino, CREMERJ 52.46340-0
264. Vania Cardoso Pedro da Cunha, CREMERJ 52.44974-1
265. Veronica Cardoso de Jesus, CREMERJ 52. 21753-6
266. Victor Lacerda Henn, CREMESP 131.153
267. Vitor Giacomini Flosi, CREMESP 99.714
268. Wadih Kaissar el Khoiri, CREMESP:38.490
269. Wagner Henrique Clemente CREMERJ 52.56074-3
270. Wilse Regina de Oliveira Segamarchi, CREMESP 8021
271. Zenaide Barbosa de Moraes, CRM-PB 3.000



