**Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde –11ª REGIÃO DE CAMPO MOURÃO**

# Declaração de Comprovação para Vacinação Contra a COVID-19

Declaro que o(a) Sr(a) _____, CPF:_____ e Cartão SUS: _____é portador de condição prioritária para vacinação contra a Covid-19 assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, 5º edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

| X | MOTIVO DA INDICAÇÃO GERAL | |
|---|---|---|
| | **Diabetes mellitus** | Qualquer indivíduo com diabetes |
| | **Pneumopatias crônicas graves** | Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática). |
| | **Hipertensão Arterial Resistente (HAR)** | HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos antihipertensivos |
| | **Hipertensão arterial estágio 3** | PA sistólica ≥180mmHg e/ou diastólica ≥110mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidades |
| | **Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades** | PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidades |
| | **Doença cerebrovascular** | Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular |
| | **Doença renal crônica** | Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m2) e/ou síndrome nefrótica. |
| | **Imunossuprimidos** | Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas. |
| | **Hemoglobinopatias graves** | Doença falciforme e talassemia maior |
| | **Obesidade mórbida** | Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 |
| | **Síndrome de Down** | Trissomia do cromossomo 21 |
| | **Cirrose hepática** | Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C |

Texto Clínico: _____

***"Declaro estar ciente da responsabilidade criminal* de eventual falsidade quanto ao conteúdo deste documento."***

***Data_____/_____/2021*** _____

***Carimbo e Assinatura***

---

*****Código Penal: Art. 299*** *- 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:*

***Pena*** *- reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984).*

***Parágrafo único*** *- Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é deassentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte*

**Conselho Regional de Secretarias Municipais de Saúde –11ª REGIÃO DE CAMPO MOURÃO**

## Declaração de Comprovação para Vacinação Contra a COVID-19

Declaro que o(a) Sr(a) _____, CPF:_____ e Cartão SUS: _____é portador de condição prioritária para vacinação contra a Covid-19 assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, 5º edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

| X | MOTIVAÇÃO AS INDICAÇÃO CARDÍACA | |
|---|---|---|
| | Insuficiência cardíaca (IC) | IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association |
| | Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar | Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária |
| | Cardiopatia hipertensiva | Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo) |
| | Síndromes coronarianas | Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras) |
| | Valvopatias | Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras) |
| | Miocardiopatias e Pericardiopatias | Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática |
| | Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas | Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos |
| | Arritmias cardíacas | Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) |
| | Cardiopatias congênita no adulto | Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico. |
| | Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados | Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência) |

Texto Clínico: _____

***"Declaro estar ciente da responsabilidade criminal* de eventual falsidade quanto ao conteúdo deste documento ".***

***Data_____/_____/2021***

_____

***Carimbo e Assinatura***

---

**Código Penal: Art. 299** - *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:*

***Pena** - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984).*

***Parágrafo único** - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é deassentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.*