



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBOSA FERRAZ
ATESTADO DE COMPROVAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Declaro que o(a) Sr(a) _____ DN: ____ / ____ / ____
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, 5ª edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

- () **DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÔNICA:** Pessoas com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutivas crônica (DPOC), fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonares e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, intenção prévia por crise asmática).
- () **DOENÇAS CEREbroVASCULAR:** Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório e demência vascular
- () **DOENÇA RENAL CRÔNICA:** estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular <60 ml/min/1,73m² e/ou síndrome nefrótica.
- () **DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA:** Cirrose Hepática Child-Pugh A,B ou C
- () **DEFICIÊNCIA PERMANENTE :** Pessoas Cadastradas no PBPC e constante na lista fornecida pela Secretaria de assistência Social, ou outro documento comprobatório
- () **DIABETES:** Diabetes
- () **OBESOS:** Obesos grau III - Índice de massa corpórea (IMC) ≥40.
- () **TRANSPLANTADOS:** Órgãos sólidos; Médula óssea.
- () **IMUNOSSUPRESSÃO:** 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.
- () **DOENÇA FALCIFORME E TALASSEMIA MAIOR:** SIM.
- () **DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA:** Hipertensão Arterial Resistente (HAR); Hipertensão Arterial 3; Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade; Insuficiência cardíaca (IC); Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar; Cardiopatia hipertensiva; Síndromes coronarianas; Valvopatias; Miocardiopatias e pericardiopatias; Doenças da aorta, dos grandes vasos e fístulas; Arteriovenosas; Arritmias cardíacas.
- () **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.

TEXTO CLÍNICO E MEDICAMENTOS EM USO:

DECLARO, ADEMAIS, SEREM VERDADEIRAS TODAS AS AFIRMAÇÕES, CIENTE QUE A NÃO VERACIDADE PODERÁ. ACARREJAR A INSTAURAÇÃO DOS COMPETENTES PROCESSOS JUDICIAIS, INCLUSIVE O **CRIME DE FALSIDADE PREVISTO NO ARTIGO 299 DO CODIGO PENAL**, REFERENTE A PENA DE 1 A 5 ANOS QUANDO ALGUÉM: "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 OBRTGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE".

BARBOSA FERRAZ, ____/____/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBOSA FERRAZ
ATESTADO DE COMPROVAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Declaro que o(a) Sr(a) _____ DN: / /
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,
5ª edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

() **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 anti-hipertensivos.

() **HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁGIO 3:** PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólicas ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.

() **HIPERTENSÃO ARTERIAL ESTÁGIOS 1 E 2 COM LESÃO EM ÓRGÃO-ALVO E/OU COMORBIDADE:** PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólicas entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade. (Anexar laudo do especialista e/ou exame de comprovação de lesão em órgão-alvo).

() **DOENÇAS NEUROLÓGICAS CRÔNICAS:** Que impactem na função respiratória, doenças hereditárias e degenerativas do Sistema nervosa ou muscular, e indivíduos com deficiência neurológica grave, paralisia cerebral, esclerose múltipla, ou similares

() **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-alvos).

() **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 qualquer 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.

() **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 E MEDICAMENTOS EM USO:

DECLARO, ADEMAIS, SEREM VERDADEIRAS TODAS AS AFIRMAÇÕES, CIENTE QUE A NÃO VERACIDADE PODERÁ. ACARRETTAR A INSTAURAÇÃO DOS COMPETENTES PROCESSOS JUDICIAIS, INCLUSIVE O CRIME DE FALSIDADE PREVISTO NO ARTIGO 299 DO CODIGO PENAL, REFERENTE A PENA DE 1 A 5 ANOS QUANDO ALGUEM: "OMTTIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVEA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVEA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRTGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE".

BARBOSA FERRAZ, _____/_____/2021

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

