



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MARIALVA
SECRETARIA DE SAÚDE
DECLARAÇÃO PADRÃO – VACINAÇÃO COVID-19

EU, _____, ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O
PACIENTE _____ VEM SENDO ACOMPANHADO PARA O
TRATAMENTO DA(S) COMORBIDADE(S) ABAIXO ASSINALADA(S):

() **CARDIOPATIAS (Insuficiência cardíaca (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** crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária. **Cardiopatia hipertensiva**, hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo. **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** com importância clínica e/ou cardiopatia associada, com fibrilação e flutter atriais; e outras. **Cardiopatias congênita no adulto**, 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).

() **HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE** (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 diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo, LOA, ou comorbidade. Hipertensão arterial estágio 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade).

() **DIABETES MELLITUS** (Qualquer indivíduo com diabetes).

() **OBESIDADE GRAU III OU MÓRBIDA** (IMC igual ou superior a 40 kg/m²).

() **DOENÇAS NEUROLÓGICAS** Doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular); doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla, e condições similares; doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; deficiência neurológica grave.

() **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).

() **HEMOGLOBINOPATIAS GRAVES**. Doença falciforme e talassemia maior.

() **DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC** (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 inflamatórias imunomediadas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia; demais indivíduos em uso de imunossuppressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas).

() **ANEMIA FALCIFORME** (Indivíduos com anemia falciforme).

() **CIRROSE HEPÁTICA** (Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C).

() **GESTANTE E PUÉRPERA COM COMORBIDADE** (Indivíduo com comorbidade, cadastrado em UBS ou declaração médica com respectivo diagnóstico da doença).

() **DEFICIÊNCIA PERMANENTE** (Indivíduos cadastrados no PBPC e constante na lista fornecida pela Secretaria de Assistência Social, ou outro documento comprobatório).

() **SÍNDROME DE DOWN** (Trissomia do cromossomo 21, para maiores de 18 anos)

Os profissionais a seguir podem assinar esse documento: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, educador físico, outros profissionais da saúde.

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 CÓDIGO PENAL, REFERENTE A PENA DE 1 A 5 ANOS QUANDO ALGUÉM: “OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE”.

Marialva, ____ / ____ / 2021.

Assinatura e Carimbo com nº do Conselho de Classe