



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIOERÊ

# ATESTADO DE COMPROVAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA 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)

### MOTIVO DA INDICAÇÃO GERIAIS

<input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular <60 ml/min/1,73m <sup>2</sup> e/ou síndrome nefrótica).
<input type="checkbox"/> Doença Hepática Crônica	Cirrose Hepática Child-Pugh A,B ou C
<input type="checkbox"/> Doença Neurológica Crônica	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.
<input type="checkbox"/> Diabetes	Diabetes.
<input type="checkbox"/> Obesos	Obesos grau III - Índice de massa corpórea (IMC) ≥40.
<input type="checkbox"/> Transplantados	Órgãos sólidos; Médula óssea.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Portadores de Trissomias	Síndrome de Down.
<input type="checkbox"/> Doença Falciforme e Talassemia maior	SIM.
<input type="checkbox"/> 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.

Texto Clínico:

Declaro Também que o paciente acima citado está sob meus cuidados médicos e acompanhamento, e faz uso das seguintes medicações de uso contínuo: \_\_\_\_\_

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

Local: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico Especialista  
Carimbo e Assinatura Médico da UBS

\* Código Penal: Crime de Falsidade Documental (Título X, Capítulo IV)



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIOERÊ

# ATESTADO DE COMPROVAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA 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)

### MOTIVO DA INDICAÇÃO CARDÍACA

<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Estágio 3	PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólicas $\geq 110$ mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.
<input type="checkbox"/> 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. <b>(Anexar laudo do especialista e/ou exame de comprovação de lesão em órgão-alvo).</b>
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Cor-pulmonale e Hipertensão Pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.
<input type="checkbox"/> Cardiopatia Hipertensiva	Cardiopatia Hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvos).
<input type="checkbox"/> Síndromes Coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).
<input type="checkbox"/> Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras).
<input type="checkbox"/> Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de qualquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.
<input type="checkbox"/> Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.
<input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).
<input type="checkbox"/> Cardiopatias Congênita no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.
<input type="checkbox"/> 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 Também que o paciente acima citado está sob meus cuidados médicos e acompanhamento, e faz uso das seguintes medicações de uso contínuo: \_\_\_\_\_

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

Local: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico Especialista  
Carimbo e Assinatura do Médico da UBS

\* Código Penal: Crime de Falsidade Documental (Título X, Capítulo IV)