



DECLARAÇÃO

Na qualidade de profissional médico, declaro, sob as penas da lei, que o(a) Sr.(a):
nascido em ____/____/____ é portador da comorbidade abaixo assinalada e, portanto, se enquadra no grupo prioritário para a vacinação contra a COVID-19, conforme previsto nos Planos Vacinais Nacional, Estadual e Municipal de Vacinação contra a COVID-19:

Diabetes mellitus;

Pneumopatias crônicas graves:

- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
 Fibrose cística;
 Pneumoconioses;
 Displasia broncopulmonar;
 Outras fibroses pulmonares especificadas: _____
 Asma grave (asma brônquica **com uso recorrente de Corticoides por via oral ou intravenosa**)

Hipertensão Arterial:

- Hipertensão Arterial Resistente;
 Hipertensão arterial estágio 3;
 Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade;

Doenças cardiovasculares:

- 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;
 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: 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);

Miocardopatias e Pericardiopatias:

- Miocardopatias 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:

- Fibrilação e flutter atriais;
 Outras arritmias Especificar:

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, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência);

Doença cerebrovascular: desde que com histórico constante no prontuário do paciente e com exames de imagem comprobatórios (no momento do diagnóstico):

- Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico;
 Ataque isquêmico transitório;
 Demência vascular;

Doença renal crônica:

- Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração < 60 ml/min/1,73 m²) e/ou síndrome nefrótica;

Imunossuprimidos:

- Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea e em uso de imunossupressores;
 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;
 Talassemia maior;

Obesidade grau III (anteriormente denominada obesidade mórbida):

- Índice de massa corpórea (IMC) \geq 40.

Síndrome de Down:

- Trissomia do cromossomo 21

Cirrose hepática:

- Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.

Por ser a expressão da verdade, assino a presente Declaração, estando ciente que a emissão de Declaração falsa me sujeita às penas previstas em Lei, nos aspectos cíveis, criminais e éticos, conforme Legislação e Código de Ética Médica vigentes.

Pato Bragado, de de 2021.

Assinatura do médico(a) e Carimbo com CRM

Assinatura do paciente e CPF

NÃO SERÃO ACEITAS:

1 - Declarações sem assinatura e carimbo ou cópia da Declaração (somente original).

2 - Declarações cuja comorbidade não esteja indicada e impressa na mesma.

A presente Declaração será retida quando da aplicação da primeira dose vacinal para fins de averiguação.



DECLARAÇÃO

Na qualidade de profissional médico, declaro, sob as penas da lei, que o(a) Sr.(a):
nascido em ____/____/____ é portador da comorbidade abaixo assinalada e, portanto, se enquadra no grupo prioritário para a vacinação contra a COVID-19, conforme previsto nos Planos Vacinais Nacional, Estadual e Municipal de Vacinação contra a COVID-19:

Doenças crônicas neurológicas

Portadores de doenças cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico, ataque isquêmico transitório e demência vascular).

Doenças neurológicas crônicas que impactem na função respiratória, doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular, e indivíduos com deficiência neurológica grave, paralisia cerebral, esclerose múltipla, ou condições similares.

Por ser a expressão da verdade, assino a presente Declaração, estando ciente que a emissão de Declaração falsa me sujeita às penas previstas em Lei, nos aspectos cíveis, criminais e éticos, conforme Legislação e Código de Ética Médica vigentes.

Pato Bragado, de de 2021.

Assinatura do médico(a) e Carimbo com CRM

Assinatura do paciente e CPF

NÃO SERÃO ACEITAS:

1 - Declarações sem assinatura e carimbo ou cópia da Declaração (somente original).

2 - Declarações cuja comorbidade não esteja indicada e impressa na mesma.

A presente Declaração será retida quando da aplicação da primeira dose vacinal para fins de averiguação.