

# PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ DO SUL

## DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua 9 de novembro, 343 – Caixa Postal 11 – Centro

Fone/Fax:(43) 3626-1459 - CNPJ nº 76.408.061/0001-54

CEP86470-000 - Jundiáí do Sul – Paraná

E-mail – smsjdosul@hotmail.com.br



Declaro que o(a) Sr. (a)

\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ 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/DEVIT/SVS/MS, 15/03/2021)

Assinale a condição/ comorbidade prioritária - Descrição - CID-10

1-( ) Diabetes mellitus Qualquer indivíduo com diabetes E. 10-14

2-( ) Pneumopatia crônica grave - 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) - J. 40- 44, J. 63 P27, J 45

3-( ) 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 - I.10 - 15

4-( ) Hipertensão Arterial estágio 3 - PA sistólica  $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica  $\geq 110$ mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade - I. 10 - 15

5-( ) Hipertensão Arterial estágio 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade - PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade - I. 10 - 15

6-( ) Insuficiência Cardíaca (IC) - IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ DO SUL

## DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua 9 de novembro, 343 – Caixa Postal 11 – Centro

Fone/Fax: (43) 3626-1459 - CNPJ nº 76.408.061/0001-54

CEP 86470-000 - Jundiá do Sul – Paraná

E-mail – smsjdosul@hotmail.com.br



preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association - I.20 -28

7-( ) Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar - Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária - I.20 -28

( ) Cardiopatia hipertensiva - Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo) - I.20 -28

8-( ) Síndromes coronarianas - Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras) - I.20 -28

9-( ) 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) - I.34 - 50

10-( ) Miocardiopatias e Pericardiopatias - Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática - I.34 - 50

11-( ) Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas - Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos - I.34 - 50

12-( ) Arritmias cardíacas - Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) - flutter atriais; e outras) I.34 - 50

13-( ) Cardiopatias congênitas no adulto - Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico - I.34 - 50



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ DO SUL

## DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua 9 de novembro, 343 – Caixa Postal 11 – Centro

Fone/Fax:(43) 3626-1459 - CNPJ nº 76.408.061/0001-54

CEP86470-000 - Jundiá do Sul – Paraná

E-mail – smsjdosul@hotmail.com.br



15-( ) 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) - Z.95

16-( ) Doença cerebrovascular - Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular - G.45 I.60-69 - F01 J 45

17-( ) Doença renal crônica - Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) e síndrome nefrótica - N.18

18-( ) 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; síndrome de Cushing, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Chron, imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos, demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas. - Z.94 B.20-24 M.32 E.24 C.00 97

19-( ) Hemoglobinopatias graves - Doença falciforme e talassemia maior - D.57

20-( ) Obesidade mórbida - Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 - E 66.8

21-( ) Síndrome de down - Trissomia do cromossomo 21 - Q.90

22-( ) Gestantes e Puérperas - Mulheres gestantes em qualquer idade gestacional entre 18 e 59 anos de idade - Z.34-35 Z.39.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ DO SUL

## DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua 9 de novembro, 343 – Caixa Postal 11 – Centro

Fone/Fax:(43) 3626-1459 - CNPJ nº 76.408.061/0001-54

CEP86470-000 - Jundiá do Sul – Paraná

E-mail – smsjdosul@hotmail.com.br



23-( ) Cirrose hepática - Cirrose hepática Child – Pugh A, B ou C - K.74

24-( ) Pessoas com deficiência permanente - Pessoas com deficiência permanente (18 a 59 anos)

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

\_\_\_\_\_

Declaro para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal brasileiro e passível de apuração na forma da lei, além de configurar infração ética prevista no Código de Ética Médica (Resolução CFM 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM 2.222/2018 e 2.226/2019, capítulo X, artigos 80 e 81). Por ser verdade, dou fé.

Jundiá do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico / CRM (carimbo)

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesta declaração.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário