

Declaração de Comprovação para Vacinação Contra COVID-19



Secretaria Municipal de Saúde de Ubiratã | SMS-2021

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, 5ª edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021).

Este Documento deve, obrigatoriamente, ser apresentando no ato da vacinação, bem como a CÓPIA do receituário atualizado que conste os medicamentos em uso para a patologia. Não serão aplicadas vacinas sem os mesmos.

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 ² 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 | Doença Falciforme e Talassemia maior |
| <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 estar ciente da responsabilidade criminal de eventual falsidade quanto ao conteúdo deste documento.

Local: _____

Data: / /

Carimbo e Assinatura do Médico responsável

**Código Penal: Art. 299 - 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 obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)*

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Declaração de Comprovação para Vacinação Contra COVID-19



Secretaria Municipal de Saúde de Ubiratã | SMS-2021

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, 5ª edição, do Ministério da Saúde (CGPNI/DVIT/SVS/MS, 15/03/2021).

Este Documento deve, obrigatoriamente, ser apresentando no ato da vacinação, bem como a CÓPIA do receituário atualizado que conste os medicamentos em uso para a patologia. Não serão aplicadas vacinas sem os mesmos.

MOTIVO DA INDICAÇÃO GERIAIS

<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 > 179 mmHg/ ou diastólica > 109 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidades
<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. (Anexar laudo do especialista e/ou exame de comprovação de lesão em órgão-alvo).
<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"/>	Cardiopatias Hipertensivas	Cardiopatias Hipertensivas (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 pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras).
<input type="checkbox"/>	Miocardopatias e Pericardiopatias	Miocardopatias 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 Congênitas 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, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).

Texto Clínico: _____

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

Local: _____

Data: / /

Carimbo e Assinatura do Médico responsável

**Código Penal: Art. 299 - 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 obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular. (Vide Lei nº 7.209, de 1984)*

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.