

ATESTADO MÉDICO

Considerando o Plano Estadual de Vacinação contra o COVID-19 e a lista de comorbidades incluídas nos grupos prioritários da vacinação e suas descrições conforme a tabela abaixo.

CONDIÇÕES DE SAÚDE	DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO
1. Diabetes Mellitus	Diagnóstico de Diabetes Mellitus.
2. Pneumonia Crônica Grave	DPOC, Fibrose cística, fibrose pulmonar, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticóide sistêmico ou hospitalização por asma).
3. HAS Resistente	HAS não controlada com o uso de 3 ou mais anti-hipertensivos em doses máximas ou HAS controlada com uso de 4 classes de anti-hipertensivos.
4. HAS Estágio 3	PA sistólica \geq 180 mmHg e/ou diastólica \geq 110 mmHg.
5. HAS com Lesão em Órgão Alvo	HAS com lesão em órgão alvo (coração, retina, rim, encéfalo, vasos).
6. HAS associada c/ comorbidade	Has em indivíduo com obesidade, cardiopatia hipertensiva (hipertrofica ou dilatada), apnéia obstrutiva do sono, hiperlipidemia ou outra.
7. Insuficiência Cardíaca (IC)	IC estágios B, C ou D.
8. Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar (HAP)	Diagnóstico de Cor-pulmonale crônica e HAP primária ou secundária.
9. Doença Arterial Coronariana (DAC)	Diagnóstico de DAC sem ou com complicações.
10. Valvulopatias Cardíacas	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica, miocárdica ou com sintomas.
11. Prótese Valvar	Portador de prótese valvar biológica ou mecânica.
12. Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatia de qualquer etiologia, Pericardite crônica, Cardiopatia Reumática.
13. Doenças de Grandes Vasos e Fístulas arterio-venosas	Aneurismas, dissecções ou Hematomas de Aorta ou demais grandes vasos.
14. Arritmias Cardíacas	Arritmia com relevância clínica (que exija tratamento) ou associada a cardiopatia.
15. Cardiopatia Congênita no adulto	Cardiopatia congênita associada a repercussão hemodinâmica, hipoxemia, IC, arritmia ou com comprometimento miocárdico.
16. Doença Cerebro-vascular	AVE ou AIT prévio, Demência vascular.
17. Doença Renal Crônica (DRC)	DRC estágio 3 ou 4 (TGF $<$ 60ml/min/1,73m ²) e/ou Síndrome Nefrótica.
18. Imunossupressão	Transplantados em uso de imunossupressor, pessoas vivendo com HIV, imunodeficiências primárias, necessidade de uso crônico de corticóide em dose de Prednisona $>$ 10 mg/dia (ou equivalente), pulsoterapia com corticóide ou ciclofosfamida.
19. Câncer	Pacientes oncológicos com tratamento químico ou radioterápicos atual ou nos últimos 6 meses ou portadores de neoplasias hematológicas.
20. Hemoglobinopatias Graves	Diagnóstico de anemia falciforme ou talassemia maior.
21. Obesidade Grau 3	Índice de Massa Corporal \geq 40kg/m ² .
22. Cirrose Hepática	Diagnóstico de Cirrose Hepática em qualquer estágio.
23. Síndrome de Down	Trissomia do Cromossomo 21
24. Gestação ou Puerpério c/ comorbidades	Gestantes em mulheres em período de até 45 dias após o parto portadoras de comorbidades listadas nesta tabela.

Atesto para fins de comprovação da necessidade de vacinação e por solicitação do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a) _____ é portador(a) da(s) seguinte(s) condição(ões) de saúde listada(s) no quadro acima: _____

Data: _____

Assinatura do Médico e carimbo