



ATESTADO MÉDICO:

Considerando a lista de comorbidades incluídas nos grupos prioritários da vacinação contra a COVID-19 e suas descrições (tabela abaixo), presente no plano Estadual de Vacinação contra a COVID-19 do Rio Grande do Sul.

GRUPO DE COMORBIDADES	DESCRIÇÃO DA CONDIÇÃO
Diabetes Mellitus (DM)	Diagnóstico de Diabetes Mellitus
Pneumopatia crônica grave	DPOC, Fibrose cística, fibrose pulmonar, pneumoconioses, displasia broncopulmonar ou asma grave (uso recorrente de corticóide sistêmico ou hospitalização por asma)
HAS resistente	HAS não controlada com uso de 3 ou mais anti-hipertensivos em doses máximas ou HAS controlada com o uso de 4 classes de anti-hipertensivos
HAS estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg
HAS com lesão em órgão alvo	HAS com lesão em órgão alvo (coração, retina, rim, encéfalo, vasos)
HAS associada a comorbidade	HAS em indivíduo com obesidade, cardiopatia hipertensiva (hipertrofica ou dilatada), apneia obstrutiva do sono, hiperlipidemia ou outra
Insuficiência cardíaca (IC)	IC estágios B, C ou D
<i>Cor pulmonale</i> e Hipertensão pulmonar (HAP)	Diagnóstico de <i>cor pulmonale</i> crônico e HAP primária ou secundária
Doença Arterial Coronariana (DAC)	Diagnóstico de DAC sem ou com complicações (Ex: IAM)
Valvulopatias cardíacas	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica, miocárdica ou presença de sintomas
Prótese valvar	Portador de prótese valvar biológica ou mecânica
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatia de qualquer etiologia, Pericardite crônica, Cardiopatia reumática
Doenças de Grandes vasos e fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções ou Hematomas de Aorta ou demais grandes vasos
Arritmias Cardíacas	Arritmia cardíaca com relevância clínica (que exija tratamento) ou associada a cardiopatia
Cardiopatia Congênita no adulto	Cardiopatia congênita associada a: repercussão hemodinâmica, hipoxemia, IC, arritmia ou comprometimento miocárdico
Doença Cerebrovascular	AVE ou AIT prévio, Demência vascular
Doença Renal Crônica (DRC)	DRC estágio 3 ou 4 (TGF < 60 ml/min/1,73m ²) e/ou Sínd. Nefrótica
Imunossupressão	Transplantados em uso de imunossupressor, pessoas vivendo com HIV, imunodeficiências primárias, necessidade de uso crônico de corticoide em dose de Prednisona > 10 mg/dia (ou equivalente), pulsoterapia com corticoide ou ciclofosfamida
Câncer	Pacientes oncológicos com tratamento quimio ou radioterápicos atual ou nos últimos 6 meses ou portadores de neoplasias hematológicas
Anemia falciforme	Diagnóstico de anemia falciforme
Obesidade grau 3	Índice de Massa Corporal ≥ 40 kg/m ²
Cirrose Hepática	Diagnóstico de cirrose hepática em qualquer estágio

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) patologia(s) listada(s) no quadro acima: _____

CID 10 _____

Assinatura do Médico com carimbo ou com nome completo e CREMERS legível

Santana da Boa Vista, ____ de _____ de 2021.