



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDAGUAÇU
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO PADRÃO – VACINAÇÃO COVID 19

MENORES DE 18 ANOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE _____, INSCRITO NO CPF E/OU CNS SOB Nº _____, DATA DE NASCIMENTO ____/____/____, IDADE _____

ANOS, É PORTADOR E VEM SENDO ACOMPANHADO PARA O TRATAMENTO DA(S) COMORBIDADE(S) ABAIXO ASSINALADA(S):

() **CARDIOPATIAS** (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 e Hipertensão pulmonar crônico, 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 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. Miocardiopatias e Pericardiopatias, miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática. Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas, Aneurismas, disseções, hematomas da aorta e demais grandes vasos. Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada, com fibrilação e flutter atriais; e outras. Cardiopatias congênita no adulto, com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento 28 miocárdico. Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados, biológicas ou mecânicas; marca-passos, cardio desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência.

() **HIPERTENSÃO ARTERIAL RESISTENTE** (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. Hipertensão arterial estágio 3 PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo, LOA, ou comorbidade. Hipertensão arterial estágio 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg na presença de lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade).

() **DIABETES MELLITUS** (Qualquer indivíduo com diabetes com declaração médica e respectivo diagnóstico da doença).

() **OBESIDADE GRAU III OU MÓRBIDA** (IMC igual ou superior a 40 kg/m²).

() **DOENÇAS NEUROLÓGICAS** (Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular).

Outras: _____

() **PNEUMOPATIAS CRÔNICAS GRAVES** (Graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses e asma grave – Uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).

() **DOENÇA RENAL CRÔNICA – DRC** (Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m²) e/ou síndrome nefrótica).

() **IMUNOSSUPRIMIDOS** (Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV e CD4 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossuppressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.).

() **ANEMIA FALCIFORME** (Indivíduos com anemia falciforme).

() **CIRROSE HEPÁTICA** (Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C).

() **GESTANTE E PUÉRPERA COM COMORBIDADE** (Indivíduo com comorbidade, cadastrado em UBS, ou respectiva comorbidade).

() **DEFICIÊNCIA PERMANENTE** (Indivíduos cadastrados no PBPC e constante na lista fornecida pela Secretaria de Assistência Social, com documento comprobatório).

() **SÍNDROME DE DOWN** (Trissomia do cromossomo 21, para maiores de 18 anos).

DECLARO, ADEMAIS, SEREM VERDADEIRAS TODAS AS AFIRMAÇÕES, CIENTE QUE A NÃO VERACIDADE PODERÁ ACARREJAR A INSTAURAÇÃO DOS COMPETENTES PROCESSOS JUDICIAIS, INCLUSIVE O CRIME DE FALSIDADE PREVISTO NO ARTIGO 299 DO CODIGO PENAL, REFERENTE A PENA DE 1 A 5 ANOS QUANDO ALGUÉM: “OMITIR, EM DOCUMENTO PUBLICO OU PARTICULAR, DECLARACAO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARACAO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGACAO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE”.

Mandaguáçu, ____ / ____ / 2021.

Assinatura e Carimbo com no do Conselho de Classe