



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO

Subsecretaria de Vigilância à Saúde

Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19

Declaração médica para as pessoas dos grupos de comorbidades para a vacina COVID-19

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
Diabetes Mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	E.10-14
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.44
		E.84
		J.84.1
		J.63
		J.64
	J.65	
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.11-15
Hipertensão Arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade	I.11-15
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.11-15
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	I.50
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária	I.26
		I.27
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)	I.11
		I.11.0
		I.11.9
		I.20
Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)	I.21
		I.22
		I.23
		I.24
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.08
		I.34
		I.35
		I.36
		I.37
	I.39	
Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática	I.42
		I.01
Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	I.71
		Q.25
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)	I.49
Cardiopatias congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico	Q.24



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO

Subsecretaria de Vigilância à Saúde

Comitê Gestor de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19

Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardiodesfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).	Z.95
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular	I.64 G.45 F.01
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e síndrome nefrótica	N.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 corticóide 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.	Z.94 B.20 B.21 B.22 B.24 C.00-97 D.47 D.48 D.84
Hemoglobinopatias Graves	Anemia Falciforme e Talassemia Maior	D57 D56
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	E66

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 nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019; capítulo X, artigos 80 e 81). Por ser verdade, dou fé.

Brasília, _____ de _____ de 2021

Assinatura do Médico / CRM (carimbo)

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

Assinatura do usuário