



Prefeitura Municipal de Jaguaraiava

Centro Administrativo Prefeito Otélio Renato Baroni

Praça Izabel Branco e Silva, 142 - Cidade Alta - Cx.Postal. 11 - Fone: (43) 3535 - 9400
Jaguaraiava - PR / CEP: 84200-000 / CNPJ: 76.910.900/0001-38 / semus@jaguaraiava.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Formulário para Atestado Médico autorizando vacinação contra COVID

ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____, CPF _____, é
(Nome do paciente)

portador das comorbidades assinaladas abaixo:

Preencher campos e todos os itens marcando **sim** ou **não**.

1 Diabetes Mellitus () Não () Sim Tipo: _____ Medicções em uso: _____

2 Pneumopatia crônica grave: (doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática): () Não () Sim Qual? _____ Data de internação no último ano: _____ Data de último uso de corticoides sistêmicos: _____ Qual e dose: _____ Medicções em uso: _____

3 Hipertensão arterial Resistente: (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) () Não () Sim Medicções em uso: _____

4 Hipertensão arterial estágio 3: (PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo ou comorbidade) () Não () Sim Medicções em uso: _____

5 Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo: (PA sistólica entre 140 e 179mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109mmHg, na presença de comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo). () Não () Sim Medicções em uso: _____

6 Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional. () Não () Sim Medicções em uso: _____

7 Cor-pulmonale crônico e Hipertensão pulmonar primária ou secundária () Não () Sim Medicções em uso: _____

8 Cardiopatia hipertensiva - Hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo. () Não () Sim Medicções em uso: _____

9 Síndromes coronarianas crônicas - Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, angioplastia, RVM. () Não () Sim Medicções em uso: _____

10 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) () Não () Sim Medicções em uso: _____

11 Miocardiopatias e Pericardiopatias - Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática () Não () Sim Medicções em uso: _____



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Rocha Pombo esquina com Rua João Pernet, 101, Cidade Alta
(43) 3535-2122 / semus@jaguaraiava.pr.gov.br / saudejaguaraiava@gmail.com



Prefeitura Municipal de Jaguaraiá

Centro Administrativo Prefeito Otélio Renato Baroni

Praça Izabel Branco e Silva, 142 - Cidade Alta - Cx.Postal. 11 - Fone: (43) 3535 - 9400
Jaguaraiá - PR / CEP: 84200-000 / CNPJ: 76.910.900/0001-38 / semus@jaguaraiava.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

12 Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas - Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos () Não () Sim

Medicações em uso: _____

13 Arritmias cardíacas – Arritmias com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) () Não () Sim Medicações em uso: _____

14 Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica - cardiopatias com crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico. () Não () Sim
Medicações em uso: _____

15 Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados - Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência) () Não () Sim Medicações em uso: _____

16 Doença cerebrovascular - Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular () Não () Sim
Medicações em uso: _____

17 Doença renal crônica – insuficiência renal em estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m², pacientes em diálise) e/ou síndrome nefrótica. () Não () Sim
Medicações em uso: _____

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 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. () Não () Sim
Medicações em uso: _____

19 Anemia falciforme () Não () Sim
Medicações em uso: _____

20 Obesidade mórbida - Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 () Não () Sim
Medicações em uso: _____

21 Síndrome de Down - Trissomia do cromossomo 21 () Não () Sim
Medicações em uso: _____

22 Cirrose hepática - Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C () Não () Sim
Medicações em uso: _____

23 Gestante – () Não () Sim **Gestante Com comorbidades** () Não () Sim
Medicações em uso: _____

Declaro estar ciente de que em razão da condição acima atestada por mim o paciente está apto a receber a vacina contra a COVID-19, dado seu enquadramento no Grupo Prioritário “Pessoas com comorbidades” do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, e assumo total responsabilidade pelas informações ora prestados, ficando sujeito à responsabilização administrativa, civil e penal em caso de falsidade. Por ser expressão da verdade, firmo o presente:

Jaguaraiá, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do médico e carimbo _____ CID do Paciente: _____

Local de Atendimento: _____



Secretaria Municipal de Saúde

Rua Rocha Pombo esquina com Rua João Pernetá, 101, Cidade Alta
(43) 3535-2122 / semus@jaguaraiava.pr.gov.br / saudejaguaraiava@gmail.com