



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO**  
**Secretaria de Saúde**



CNPJ. 88.414.552/0001-97  
Av. 27 de Janeiro, 1303 - Centro - CEP. 96.300-000 – Jaguarão/RS  
Fone/Fax: (53) 3261.1700 – E-mail: [saude.jaguarao@hotmail.com](mailto:saude.jaguarao@hotmail.com)

**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 COVID19 do Rio Grande do Sul.

| <b>Condições de saúde</b>                          | <b>Descrição da condição</b>  |
|--|---|
| 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 >/ 180mmHg e/ou distólica >/ 110mmHg   |
| 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), apnéia obstrutiva do sono, hiperlipidemia ou outra   |
| Insuficiência cardíaca (IC)                        | IC estágios B, C ou D   |
| Cor pulmonale e hipertensão pulmonar (HAP)         | Diagnóstico de Cor pulmonale crônico e HAP primária ou secundária   |
| Doença Arterial Coronariana (DAC)                  | Diagnóstico de DAC sem ou com complicações (EX: IAM)  |
| Valvulopatias cardíacas                            | Lesões valvulares com repercussão hemodinâmica, miocárdica ou com sintomas  |
| Prótese valvular                                   | Portador de prótese valvular biológica ou mecânica  |
| Miocardiopatias e Pericardiopatias                 | Miocardiopatia de qualquer etiologia, Pericardite crônica, cardiopatia reumática  |
| Doenças de grandes vasos e fístulas arteriovenosas | Aneurismas, dissecações ou hematomas da aorta ou demais grandes vasos   |
| Arritmias Cardíacas                                | Arritmia 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 < 60ml/min/1,73m <sup>2</sup> ) e/ou Sind. Nefrótica  |
| Imunossupressão                                    | Transplantados em uso de imunossupressor, pessoas vivendo com HIV, imunodeficiências primárias, necessidade de uso crônico de corticóide em dose de Prednisona > 10mg/dia (ou equivalente), pulsoterapia com corticóide ou ciclofosfamida |
| Câncer   | Pacientes oncológicos com tratamento quimio ou radioterápicos atual ou nos últimos 6 meses ou portadores de neoplasias hematológicas  |
| Hemoglobinopatias graves                           | Diagnóstico de anemia falciforme ou talassemia maior  |
| Obesidade grau 3                                   | Índice de massa corporal > 40kg/m <sup>2</sup>  |
| Cirrose Hepática                                   | Diagnóstico de cirrose hepática em qualquer estágio   |
| Síndrome de Down                                   | Trissomia do cromossomo 21  |
| Gestação ou Puerpério com comorbidades             | Gestantes e mulheres em período de até 45 dias após o parto portadores 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** \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico com carimbo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.