



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

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.

Condições de saúde	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 >/ 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 ²) 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 ²
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.