



DECLARAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID – 19

Eu, _____,
portador do CPF _____, data de nascimento
____/____/____ com endereço: _____
Telefone: _____ agente de saúde: _____

Declaro que apresento as seguintes condições de saúde a seguir e estou no grupo prioritário de vacinação contra COVID-19 definido pelo Ministério da Saúde, sou responsável pela veracidade das informações aqui prestadas e estou ciente que as informações podem ser conferidas a qualquer tempo pelos órgãos competentes.

Condição de Saúde	Sugestão de Documento comprobatório
Diabetes mellitus e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Medicamentos que podem constar na receita: Metformina (Glifage) ou Insulina ou Glibenclamida
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válida receita dos últimos 3 anos).	Formoterol OU Salmeterol OU Budesonida
Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticoide via oral recorrente (prednisona) OU história de internação (permanência no hospital devido a asma OU	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU Receitas de medicamentos comprovando uso de corticoide oral OU laudo médico

necessidade de UTI devido a asma) – conforme receitas ou espirometria em anexo.	
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade)	Espirometria apresenta laudo com padrão restritivo
Hipertensão Arterial e <u>utilizo mais de três medicamentos</u> para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (<u>no mínimo 3 grupos</u>) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde.	Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metroprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e/ou da pressão Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metroprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
Cardiopatias e utilizo medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto
Valvopatias ou recebi indicação de cirurgia ou já realizei cirurgia para trocar a valva cardíaca	Qualquer documento comprobatório.
Realizei transplante de órgão ou medula conforme documento em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento– sem data de validade.

Vivo com HIV	Qualquer documento comprobatório
Doença reumatológica ou do sistema imune e necessito de medicamento Imunossupressor contínuo conforme receita em anexo	Ciclofosfamida, Prednisona (mínimo de 10mg por dia) – receita dos últimos 6 meses
Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020
Doença renal crônica	Qualquer documento comprobatório: Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou agendamento da diálise. Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização).
Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo	Laudo ou documento – por exemplo, alta hospitalar- com descrição de AVC, AIT, Demência vascular. Laudo ou documento sem validade.
Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40, preferencialmente trazer declaração de próprio punho anexa com peso e altura.	
Cirrose hepática	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas
Infarto Agudo do Miocárdio ou possuo angina e utilizo medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Fibrose cística	Documento que comprove a condição – sem data de validade

Síndrome de Down	Documento que comprove a condição – sem data de validade
Anemia falciforme	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada)	