



PREFEITURA MUNICIPAL DE SIQUEIRA CAMPOS-PR  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CNPJ: 09.353.968/0001-76  
Rua Benjamin Constant nº 1962 - Centro - CEP: 84.940-000



**ATESTADO MÉDICO AUTORIZANDO A VACINAÇÃO CONTRA COVID19**

Eu \_\_\_\_\_, médico, CRM \_\_\_\_\_, atuando no(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, atesto que o Sr(a) \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_, é portador das comorbidades assinaladas abaixo:

Nº	Comorbidades	CID
01	<b>Diabetes Mellitus</b> ( ) Não ( ) Sim Tipo: _____ Medicções em uso: _____	E10-14
02	<b>Pneumopatia crônica grave:</b> (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: _____	J 40-44 J63 P27 J 45
03	<b>Hipertensão arterial Resistente:</b> (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: _____	I10 -15
04	<b>Hipertensão arterial estágio 3:</b> (PA sistólica $\geq 180$ mmHg e/ou diastólica $\geq 110$ mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo ou comorbidade) ( ) Não ( ) Sim Medicções em uso: _____	I10 -15
05	<b>Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com comorbidade e/ou lesão em órgão-alvo:</b> (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: _____	I10 -15
06	<b>Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional.</b> ( ) Não ( ) Sim Medicções em uso: _____	I20-28
07	<b>Cor-pulmonale crônico e Hipertensão pulmonar primária ou secundária</b> ( ) Não ( ) Sim Medicções e uso: _____	I20-28
08	<b>Cardiopatia hipertensiva - Hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo.</b> ( ) Não ( ) Sim Medicções em uso: _____	I20-28
09	<b>Síndromes coronarianas crônicas - Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, angioplastia, RVM.</b> ( ) Não ( ) Sim	I20-28

	Medicações em uso: _____	
10	<b>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)</b> ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	I34-50
11	<b>Miocardopatias e Pericardiopatias - Miocardopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática:</b> ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	I34-50
12	<b>Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas - Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos:</b> ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	I34-50
13	<b>Arritmias cardíacas –</b> Arritmias com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras) ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	I34-50
14	<b>Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica -</b> cardiopatias com crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico. ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	I34-50
15	<b>Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados -</b> Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência) ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	Z95
16	<b>Doença cerebrovascular -</b> Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; a taque isquêmico transitório; demência vascular: ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	G45 F01 J45 I60-69
17	<b>Renal crônica –</b> insuficiência renal em estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> , pacientes em diálise) e/ou síndrome nefrótica. ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	N04 N18
18	<b>Imunossuprimidos -</b> 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: _____	Z94 B20-24 M32 E24 C00 97
19	<b>Anemia falciforme e outras talassemias:</b> ( ) Não ( ) Sim. Medicações em uso: _____	D57
20	<b>Obesidade mórbida -</b> Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	E66.8
21	<b>Síndrome de Down -</b> Trissomia do cromossomo 21 ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	Q90
22	<b>Cirrose hepática -</b> Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C: ( ) Não ( ) Sim Medicações em uso: _____	K74



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SIQUEIRA CAMPOS-PR**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**CNPJ: 09.353.968/0001-76**  
Rua Benjamin Constant nº 1962 - Centro - CEP: 84.940-000



Declaro para fins de direito também que o paciente acima citado está sob meus cuidados médicos e acompanhamento 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 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM 2.222/2018 e 2.226/2019, capítulo X, artigos 80 e 81). Por ser verdade, dou fé.

Siqueira Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico / CRM (carimbo)

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do usuário