



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE EPIDEMIOLOGIA
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO/PNI

AUTODECLARAÇÃO DE COMORBIDADE

Eu, _____, nascido em
____/____/____, CPF: _____ - _____, ou portador do
Cartão SUS Nº _____, declaro que possuo a doença crônica
abaixo, de acordo com o grupo de comorbidades descrito na Nota Técnica Nº
17/2023-CGICI/DIMU/SVSA/MS do Ministério da Saúde, incluso para a dose de
reforço da vacina Pfizer bivalente para pessoas a partir de 12 anos de idade, 4 meses
(120 dias) após a última dose de reforço ou última dose do esquema primário
(segunda dose):

Quadro 1 - Comorbidades incluídas no grupo prioritário para dose de reforço com a
vacina COVID-19 bivalente a partir de 12 anos.

Comorbidades		
Diabetes mellitus	Síndrome de Down e outras Síndromes genéticas	Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados
Doença hepática crônica	Síndromes coronarianas	Doença renal crônica
Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	Valvopatias	Obesidade mórbida
Hipertensão arterial estágio 3	Miocardiopatias e Pericardiopatias	Hemoglobinopatias e disfunções esplênicas graves
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo	Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Doenças neurológicas crônicas e distrofias musculares
Insuficiência cardíaca (IC)	Arritmias cardíacas	Cardiopatias hipertensiva
Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cardiopatias congênitas no adulto	Pneumopatias crônicas graves

Fonte: Nota Técnica Nº 17/2023-CGICI/DIMU/SVSA/MS

Por fim, confirmo que essas declarações são verdadeiras e que estou ciente que a falsidade das informações acima podem me tornar inapto para continuidade do esquema vacinal, além de poder sofrer penalidade por crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal), e outras penas previstas por Lei.

Assinatura do Usuário ou Responsável Legal

CPF: _____ - _____