



Critérios necessários para receber a vacina contra a COVID-19 de acordo com as comorbidades definidas pelo Ministério da Saúde.

Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
Insuficiência cardíaca	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Cor-pulmonale e Hipertensão	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo).	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Síndrome coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento iocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras).	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Microcardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Doença da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístolas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05



Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Cardiopatias congênitas no adulto	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Pneumopatias crônicas graves	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática).	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Hipertensão arterial resistente	Quando a 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 antihipertensivos.	<ul style="list-style-type: none">- Receita médica com 3 medicações anti-hipertensiva + cartão de controle da PA da unidade de acompanhamento ou receita médica com comprovação do uso de 4 medicamentos anti-hipertensivos.- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05



Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
Hipertensão estágios 1 e 2 com lesão e órgão alvo	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade.	<ul style="list-style-type: none">- Receita médica com 3 medicações anti-hipertensiva + cartão de controle da PA da unidade de acompanhamento ou receita médica com comprovação do uso de 4 medicamentos anti-hipertensivos.- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e/ou síndrome nefrótica.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Imunossuprimidos	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.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Anemia falciforme	Doença falciforme e talassemia maior.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05



Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) \geq 40 kg/m ² .	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Cirrose Hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05
Síndrome de Down	Trissomia do cromossomo 21.	<ul style="list-style-type: none">- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)- Documento de identificação com foto- CPF- Comprovante de residência	55 à 59 anos	12/05