



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
<b>Insuficiência cardíaca</b>	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"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Cor-pulmonale e Hipertensão</b>	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Cardiopatia hipertensiva</b>	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"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Síndrome coronarianas</b>	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras).	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Valvopatias</b>	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"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Microcardiopatias e Pericardiopatias</b>	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia reumática.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Doença da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístolas arteriovenosas</b>	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06



Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
<b>Arritmias cardíacas</b>	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras).	- 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	acima de 30 anos	02/06
<b>Cardiopatias congênitas no adulto</b>	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico.	- 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	acima de 30 anos	02/06
<b>Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados</b>	Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, ressinchronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência).	- 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	acima de 30 anos	02/06
<b>Diabetes mellitus</b>	Qualquer indivíduo com diabetes	- 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	acima de 30 anos	02/06
<b>Pneumopatias crônicas graves</b>	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).	- 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	acima de 30 anos	02/06
<b>Hipertensão</b>	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.	- Receita médica com medicação anti-hipertensiva + cartão de controle da PA da unidade de acompanhamento ou receita médica com comprovação do uso. - Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 1 ano) - Documento de identificação com foto - CPF - Comprovante de residência	acima de 30 anos	02/06



Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
<b>Doença cerebrovascular</b>	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Doença renal crônica</b>	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> ) e/ou síndrome nefrótica.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<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 imunossuppressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Anemia falciforme</b>	Doença falciforme e talassemia maior.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Obesidade mórbida</b>	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40 kg/m <sup>2</sup> .	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06



Grupo de comorbidades	Descrição	Como devo comprovar?	Faixa etária	Data para 1ª dose
<b>Cirrose Hepática</b>	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06
<b>Síndrome de Down</b>	Trissomia do cromossomo 21.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comprovante de condição de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica) contendo o CRM do médico (com data de emissão máxima de 2 anos)</li><li>- Documento de identificação com foto</li><li>- CPF</li><li>- Comprovante de residência</li></ul>	acima de 30 anos	02/06