

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a):

_____, inscrito(a) no CPF ou
CNS sob o nº _____/_____, é portador de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Pneumopatias crônicas graves |
| <input type="checkbox"/> Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial resistente |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia hipertensa | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial estágio 3 |
| <input type="checkbox"/> Síndrome coronarianas | <input type="checkbox"/> Hipertensão estágios 1 e 2 com lesão e
órgão alvo |
| <input type="checkbox"/> Valvopatias | <input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Miocardiopatias e pericardiopatias | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica |
| <input type="checkbox"/> Doença de Aorta, dos Grandes Vasos e
Fistolas arteriovenosas | <input type="checkbox"/> Imunossuprimidos |
| <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias congênitas no adulto | <input type="checkbox"/> Obesidade mórbida |
| <input type="checkbox"/> Próteses valvares e dispositivos
cardíacos implantados | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> HIV |

_____(inserir CID ou descrever a doença)

_____ Data ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico
Caetanópolis – MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) senhor(a):

_____, inscrito(a) no CPF ou
CNS sob o nº _____/_____, é portador de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> Pneumopatias crônicas graves |
| <input type="checkbox"/> Cor-pulmonale e hipertensão pulmonar | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial resistente |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia hipertensa | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial estágio 3 |
| <input type="checkbox"/> Síndrome coronarianas | <input type="checkbox"/> Hipertensão estágios 1 e 2 com lesão e
órgão alvo |
| <input type="checkbox"/> Valvopatias | <input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Miocardiopatias e pericardiopatias | <input type="checkbox"/> Doença renal crônica |
| <input type="checkbox"/> Doença de Aorta, dos Grandes Vasos e
Fistolas arteriovenosas | <input type="checkbox"/> Imunossuprimidos |
| <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias congênitas no adulto | <input type="checkbox"/> Obesidade mórbida |
| <input type="checkbox"/> Próteses valvares e dispositivos
cardíacos implantados | <input type="checkbox"/> Cirrose hepática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> HIV |

_____(inserir CID ou descrever a doença)

_____ Data ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico
Caetanópolis - MG