

---

---

Para: População; Serviços de Saúde do Serviço Regional de Saúde C/c: Linha de Saúde Acores; Linha de Esclarecimento Não Médico COVID-19

Assunto: Esclarecimentos - Plano Regional de Vacinação contra a COVID-19 - Declaração Médica

Fonte: **Direção Regional da Saúde**

Contacto na DRS: [sres-drs@azores.gov.pt](mailto:sres-drs@azores.gov.pt)

Class.:C/C. C/F.

No seguimento das diversas solicitações que têm sido rececionadas na Direção Regional da Saúde relativamente a situações de utentes que estão abrangidos pelos critérios de prioridade estabelecidos para cada fase prevista no Plano Regional de Vacinação contra a COVID-19, a Autoridade de Saúde Regional esclarece o seguinte:

- Os utentes com mais de 75 anos, sem médico de família atribuído na Unidade de Saúde da Ilha (USI) onde residem, devem dirigir-se ao balcão de atendimento do Centro de Saúde e/ou Núcleo de Saúde Familiar da sua área de residência, no sentido de atualizar dados de recenseamento no sistema de atendimento Medicine One®.
- Os utentes que estão abrangidos pelos critérios de prioridade estabelecidos para cada fase prevista no Plano Regional de Vacinação contra a COVID-19 e sem médico de família atribuído, devem, igualmente, dirigir-se ao balcão de atendimento do Centro de Saúde e/ou Núcleo de Saúde Familiar da sua área de residência, fazendo-se acompanhar de declaração médica, cujo o modelo

---

---

se encontra em anexo à presente Circular Informativa, devidamente preenchida, pelo médico que o acompanha em unidade privada de saúde, no sentido de atualizar dados de recenseamento no sistema de atendimento Medicine One®.

Diretor Regional



**Berto Cabral**  
Diretor Regional da Saúde

Berto Graciliano da Almeida Cabral



---

---

## DECLARAÇÃO MÉDICA

(1ª Fase)

Para os devidos efeitos, eu, \_\_\_\_\_ (nome do médico), portador da Cédula Profissional número \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos, Médico Especialista \_\_\_\_\_ declara que, sob compromisso de honra, que \_\_\_\_\_ (nome do utente), nascido a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data de nascimento), com número de utente \_\_\_\_\_ e número de identificação civil \_\_\_\_\_, é por mim seguido em consultas médicas regulares, pretende ser vacinado contra a COVID-19 na **1ª fase** e apresenta as seguintes doenças crónicas:

- Insuficiência cardíaca (K77);
- Doença coronária (K74, K75, K76);
- Insuficiência renal (U99) (Taxa de Filtração Glomerular < 60ml/min em análise realizada no último ano);
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (R95)
- Doença Respiratória Crónica (R99) sob suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia de longa duração.

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vinheta Médica

---

(Assinatura do Médico)



## DECLARAÇÃO MÉDICA

### (2ª Fase)

Para os devidos efeitos, Eu, \_\_\_\_\_ (nome do médico), portador da Cédula Profissional número \_\_\_\_\_, emitida pela Ordem dos Médicos, Médico Especialista \_\_\_\_\_ declaro que, sob compromisso de honra, que \_\_\_\_\_ (nome do utente), nascido a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (data de nascimento), com número de utente \_\_\_\_\_ e número de identificação civil \_\_\_\_\_, é por mim seguido em consultas médicas regulares, pretende ser vacinado contra a COVID-19 na **2ª fase** e apresenta as seguintes doenças crónicas:

- Diabetes (T87, T89, T90);
- Neoplasia maligna ativa;
- Doença renal crónica (U99) (Taxa de Filtração Glomerular > 60ml/min em análise realizada no último ano);
- Insuficiência hepática (D97);
- Hipertensão arterial (K86, K87);
- Obesidade (T82);

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vinheta Médica

(Assinatura do Médico)

