PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SERVIÇO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal do menor de idade

Prezado (a) Sr. (a), O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19 no estado de São Paulo, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas de 12 a 17 anos.

A VACINAÇÃO

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo operacionalizada desde o início do ano de 2021, e tem como finalidade a redução de ocorrência de casos e óbitas pela COVID-19 no território Nacional. Por meio da aquisição de diferentes imunobiológicos pelo Governo Federal e Estados, a campanha tem sido operacionalizada, sendo possível assim a vacinação em todos os municípios. Diante da vacinação dos grupos prioritários previstos no Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 de São Paulo, será possível progredir com a vacinação de pessoas de 12 a 17 anos. Salienta-se que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e vacinação, tem sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Salientamos a importância da vacinação não somente contra a COVID-19, mas de todas as vacinas disponíveis para as respectivas faixas etárias.

Esclarece-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 12 semanas, sendo necessária a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo. Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto no ato da vacinação para comprovação da identidade e faixa etária, e que o menor apresente este termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA VACINAÇÃO

Eu,_____ inscrito sob o CPF_____ declaro que compreendi os aspectos relacionados à participação do (a) menor _____, inscrito sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação.

Assinei duas vias deste termo de assentimento, e estou ciente que diante do surgimento de dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde em que foi realizada a vacinação. Uma via deste documento, devidamente assinada foi deixada comigo.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

Local: Cubatão/SP Data: ___/____ /____

_____

Assinatura do Representante legal

_____

Testemunha imparcial (em caso coleta de impressão digital do representante)