

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 município de Santo Estêvão, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas de 5 a 11 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 óbitos pela COVID-19 no território Nacional.

Diante da vacinação dos grupos prioritários previstos no Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 da Bahia, será possível progredir com a vacinação de pessoas de 5 a 11 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 8 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.

CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO – COVID-19

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 contra a COVID-19 do laboratório Pfizer/BioNTech.

Assinei o 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.

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

Santo Estêvão – Bahia. Data: ____/____/____

Assinatura do Representante legal

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

Impressão
digital do
representante
legal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ESTÊVÃO

Rua Noeme Franco Lima de Almeida, nº 997 - Centro - Santo Estêvão - Bahia - CEP.: 44.190-000

(75) 3245-3376

✉ sesau@santoestevao.ba.gov.br