



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

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 da Bahia, 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 óbitos 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 da Bahia, 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 ou certidão de nascimento original ou cópia autenticada 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, ou familiar com vínculo direto comprovado por certidão de nascimento (avô, avó, tia e tio) 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 menor:

_____ e inscrito sob o CPF ou Cartão do SUS _____ sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação.

Assinei este 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 .

Local: _____/BA Data: / /

Assinatura do Representante legal ou familiar, com vínculo direto (avô, avó, tio e tia) comprovado através da certidão de nascimento

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