

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 Santa Catarina, de acordo com o calendário de vacinação de crianças de 05 a 11 anos.

A VACINAÇÃO

A campanha de vacinação contra a COVID-19 tem como objetivo a redução de ocorrência de casos e óbitos pela COVID-19. Salienta-se que o risco e benefício entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação tem sido avaliado e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis.

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 08 semanas, sendo necessária a administração das duas doses para que o esquema vacinal seja considerado completo.

Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto no ato da vacinação para comprovação da identidade e faixa etária, além deste 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.

O responsável deve estar ciente de que a criança não realizou nenhuma vacina de rotina nos últimos (15) quinze dias anteriores ao da vacinação de COVID-19, bem como não deverá realizar nenhuma vacina de rotina nos (15) quinze dias subsequentes.

Assinado a via 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 aplicação da dose.

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

Local: **TITO BIANCHINI** Data: ____/____/____

Nome completo
Assinatura