



DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - REPRESENTANTE LEGAL DO ADOLESCENTE

Prezado (a) Sr. (a),

O (A) adolescente sob sua responsabilidade, poderá receber a vacinação contra a COVID-19 no município, de acordo com as datas disponibilizadas para 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. Salienta-se que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação tem sido avaliados, e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis.

Ressaltamos 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 para comprovação da identidade e faixa etária, e que o adolescente apresente este termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação.

DECLARAÇÃO DA MÃE, PAI OU RESPONSÁVEL LEGAL

Eu, _____
inscrito sob o CPF _____ declaro que compreendi os aspectos relacionados à vacinação do (a) adolescente _____
_____, inscrito sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade e autorizo sua vacinação. Assino 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 da minha área de abrangência, além de procurar a unidade de referência, caso apresente alguma reação. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) adolescente.

Local: Palmas, TO. Data: ____/____/____

Unidade/Hospital/Clínica: