PREFEITURA DE
PENEDO
CRESCENDO COM SEU POVO

UNIDADE DE SAÚDE:

Termo de assentimento para vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos
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 Alagoas, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos.

A VACINAÇÃO

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo operacionalizada desde o início de 2021 e tem como finalidade a redução de ocorrências de casos de óbitos pela COVID-19 no território Nacional por meio de 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 Alagoas, será possível progredir com a vacinação de pessoas entre 12 a 17 anos. Salientamos que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e vacinação, têm sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Diante disso, ressaltamos a importância da vacinação não somente contra a COVID-19, mas de todas as vacinas disponíveis para as respectivas faixas etárias.

Esclarecemos 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 de 12 semanas entre as doses, sendo necessária a administração das duas doses para ser considerado o esquema vacinal completo.

No ato, e para que seja efetivada a vacinação, solicitamos a apresentação de documento com foto para a comprovação da identidade e faixa etária do menor, e que seja apresentado também este termo de vacinação, devidamente preenchido e assinado, pelos pais ou responsável legal.

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.

Estou ciente que, diante do surgimento de dúvidas quanta ao processo de vacinação, poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde onde a mesma foi realizada.
Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

_____ _____
Assinatura do Representante Legal Testemunha imparcial

Local:_____/AL Data: _____