



**Termo de assentimento para
VACINAÇÃO CONTRA A COVID 19 DE CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS
Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal do menor de idade**

Prezado (a) Sr. (a), _____

O (A) menor sob sua responsabilidade, será vacinado contra a COVID 19 no Estado de São Paulo, de acordo com as datas preconizadas para o início da vacinação de pessoas com 5 a 11 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 São Paulo, será possível progredir com a vacinação de pessoas entre 5 a 11 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. Salientamos 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 na formulação pediátrica (TAMPA LARANJA)**, a qual possui o intervalo de 8 semanas entre as duas doses recomendadas, 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 (na ausência, a certidão de nascimento), documento com foto do adulto que acompanha a criança para a vacinação, além 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 (ou cartão SUS) _____ 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.

Impressão Digital do representante legal

Assinatura do Representante Legal

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

Local: _____/SP Data: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____
Prefeitura de Mogi das Cruzes, SP.