

CAMPANHA NACIONAL DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA VACINAÇÃO

Prezado (a) Sr. (a) representante legal,

O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá receber a vacinação contra a COVID-19 no município de Araguaína - TO, de acordo com as datas disponibilizadas para vacinação de pessoas de 5 a 17 anos.

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 benefício entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação tem sido avaliados, sendo que os benefícios permanecem favoráveis. Elucida-se que neste momento os únicos imunobiológicos destinados à vacinação deste público são:

- **Vacina mRNA Pfizer:** População geral de 12 anos ou mais;
- **Pfizer Pediátrica:** 5 a 11 anos de idade (criança com deficiência permanente ou COM comorbidades; indígenas e quilombolas; crianças que vivam em lar com pessoas com alto risco para evolução grave de COVID-19; faixa etária, conforme ordenamento);
- **Coronovac:** 6 a 17 anos de idade (criança com deficiência permanente ou SEM comorbidades; indígenas e quilombolas; crianças que vivam em lar com pessoas com alto risco para evolução grave de COVID-19).

Reações adversas locais ou sistêmicas poderão ocorrer após a vacinação, entre elas; dor, inchaço, vermelhidão no local da injeção, febre, fadiga, dor de cabeça, calafrios, diarreia, náusea, mialgia e artralgia. Procurar o médico em caso de eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos, como dores repentinas no peito, falta de ar ou palpitações após a aplicação da vacina.

O intervalo entre as doses da Pfizer é de 21 dias, Pfizer Pediátrica 8 semanas e da Coronovac de 28 dias. É necessário a administração das duas aplicações para ser considerado o esquema vacinal completo. Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto e CPF, além da apresentação deste termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação.

DECLARAÇÃO DA MÃE, PAI OU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____ inscrito (a) sob o CPF _____ declaro que compreendi os aspectos relacionados à vacinação do (a) menor _____, inscrito (a) sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação. Assino este termo de consentimento estando 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 adversa. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

Araguaína - TO, ____/____/____

Assinatura do Representante

