ANEXO 1 - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 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 Santa Catarina, de acordo com o calendário de vacinação de adolescentes de 12 a 17 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 12 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. Assinei duas vias 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. Uma via deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do(a) menor. Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome completo Assinatura

ANEXO 1 - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE ADOLESCENTES DE 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 Santa Catarina, de acordo com o calendário de vacinação de adolescentes de 12 a 17 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 12 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. Assinei duas vias 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. Uma via deste documento, devidamente assinada, foi deixada comigo. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do(a) menor. Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome completo Assinatura

***Fale com a Prefeitura***

***Ouvidoria:*** *47 3641-4067 – ouvidoria@mafra.sc.gov.br*

***Site:*** *www.mafra.sc.gov.br* ***Twitter :*** *@PrefeituraMfa* ***Facebook/Instagram/YouTube :****prefeiturademafra*

*A Prefeitura de Mafra fica na Av. Prefeito Frederico Heyse, 1386, Alto de Mafra. Telefone: 47 3641-4000.*