

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL

### (PARA VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DESACOMPANHADO DE PAIS OU RESPONSÁVEL)

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. Por meio da 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 **Instrutivo Nº 30/2021 de 14 de Janeiro de 2022** da Vacinação contra a COVID-19 em Teresina, será possível progredir com a vacinação **de crianças de 05 a 11 anos e adolescentes de 12 a 17 anos**. Salienta-se que o risco e benefício, entre a contaminação pela COVID-19 e vacinação tem 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.

Esclarece-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19, **Pfizer**, que possui o intervalo entre as duas doses de 8 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 no ato da vacinação para comprovação da identidade e faixa etária, e que o menor esteja ou acompanhado OU apresente este 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 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. Assim, declaro que concordo e  
autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Representante legal