



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO INFANTIL CONTRA A COVID-19

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável), _____,
_____, inscrito (a) sob RG n° _____,
_____ e inscrito (a) sob CPF n° _____,

AUTORIZO meu filho (a) _____, a receber a
vacina contra a COVID-19 disponível no município, a ser administrada no Ponto de
Vacinação.

Estou ciente de que, com o envio deste termo, devidamente preenchido e assinado, os
profissionais de saúde no ponto de vacinação **PODERÃO** administrar a vacina em meu filho(a).

Informações importantes:

1. Os pais **DEVEM** ser avisados de que reações locais e sistêmicas são esperadas após a vacinação;
2. A vacina COVID-19 poderá ser administrada de forma concomitante a outras vacinas do calendário infantil em crianças a partir de 3 anos de idade;
3. Não deve ser administrada a indivíduos com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina;
4. A vacinação deve ser adiada em indivíduos que apresentem doença febril aguda grave ou infecção aguda;
5. Deve-se manter uma observação atenta por pelo menos 20 minutos após a vacinação em crianças de 3 a 11 anos. Caso o paciente já tenha tido anafilaxia com a 1ª dose da vacina, a 2ª dose da vacina não deve ser administrada;
6. Na data em que ocorrer a vacinação, o responsável deverá levar a caderneta de saúde da criança e o cartão de vacinação contra a COVID-19.

Assinatura do Pai/Mãe/ Responsável

Documento de Identificação