



Prefeitura Municipal de Barretos

Prefeitura Municipal de Barretos

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância Epidemiológica Municipal

Avenida Ibirapuera, 177 – E-mail: epidemiologicasaude@barretos.sp.gov.br – CEP: 14784-125

Barretos – Estado de São Paulo



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 São Paulo, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas de 12 a 17 anos.

A VACINAÇÃO

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 Plano Estadual de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 de São Paulo, será possível progredir com a vacinação de pessoas 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, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 12 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 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 nº _____ 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 vacinação. 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: _____/SP

Data: ____/____/____

Assinatura do Representante legal

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

Avenida Ibirapuera, 177 – CEP 14784-125

City Barretos – Barretos/ SP

E-mail: epidemiologicasaude@barretos.sp.gov.br

Impressão digital
do representante legal

Declaração médica para as pessoas dos grupos de comorbidades para a vacina COVID-19

Declaro que o(a) Sr (a), _____
 CPF: _____ é portador de condição prioritária para vacinação contra a COVID-19 assinalada a seguir, conforme o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, 5ª edição, do Ministério da Saúde

Assinale a condição/ comorbidade prioritária		Descrição	CID 10
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	Qualquer indivíduo com diabetes	E 10 – 14
<input type="checkbox"/>	Pneumopatia crônica grave	Indivíduos com pneumopatias graves incluindo doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose cística, fibroses pulmonares, pneumoconioses, displasia broncopulmonar e asma grave (uso recorrente de corticoides sistêmicos, internação prévia por crise asmática)	J 40 – 44
<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial Resistente (HAR)	HAR= Quando a pressão arterial (PA) permanece acima das metas recomendadas com o uso de três ou mais anti-hipertensivos de diferentes classes, em doses máximas preconizadas e toleradas, administradas com frequência, dosagem apropriada e comprovada adesão ou PA controlada em uso de quatro ou mais fármacos antihipertensivos	I 11 – 15
<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial estágio 3	PA sistólica ≥ 180 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg independente da presença de lesão em órgão-alvo (LOA) ou comorbidade	I 11 – 15
<input type="checkbox"/>	Hipertensão Arterial estágio 1 e 2 com LOA e/ou comorbidade	PA sistólica entre 140 e 179 mmHg e/ou diastólica entre 90 e 109 mmHg na presença de lesão em órgão-alvo (LOA) e/ou comorbidade	I 11 – 15
<input type="checkbox"/>	Insuficiência Cardíaca (IC)	IC com fração de ejeção reduzida, intermediária ou preservada; em estágios B, C ou D, independente de classe funcional da New York Heart Association	I 20 – 28
<input type="checkbox"/>	Cor-pulmonale e Hipertensão pulmonar	Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária	I 20 – 28
<input type="checkbox"/>	Cardiopatia hipertensiva	Cardiopatia hipertensiva (hipertrofia ventricular esquerda ou dilatação, sobrecarga atrial e ventricular, disfunção diastólica e/ou sistólica, lesões em outros órgãos-alvo)	I 20 – 28
<input type="checkbox"/>	Síndromes coronarianas	Síndromes coronarianas crônicas (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras)	I 20 – 28
<input type="checkbox"/>	Valvopatias	Lesões valvares com repercussão hemodinâmica ou sintomática ou com comprometimento miocárdico (estenose ou insuficiência aórtica; estenose ou insuficiência mitral; estenose ou insuficiência pulmonar; estenose ou insuficiência tricúspide, e outras)	I 34 – 50
<input type="checkbox"/>	Miocardiopatias e Pericardiopatias	Miocardiopatias de quaisquer etiologias ou fenótipos; pericardite crônica; cardiopatia Reumática	I 34 – 50
<input type="checkbox"/>	Doenças da Aorta, dos Grandes Vasos e Fístulas arteriovenosas	Aneurismas, dissecções, hematomas da aorta e demais grandes vasos	I 34 – 50
<input type="checkbox"/>	Arritmias cardíacas	Arritmias cardíacas com importância clínica e/ou cardiopatia associada (fibrilação e flutter atriais; e outras)	I 34 – 50
<input type="checkbox"/>	Cardiopatias congênitas no Adulto Próteses valvares e Dispositivos cardíacos implantados	Cardiopatias congênitas com repercussão hemodinâmica, crises hipoxêmicas; insuficiência cardíaca; arritmias; comprometimento miocárdico. Portadores de próteses valvares biológicas ou mecânicas; e dispositivos cardíacos implantados (marca-passos, cardio desfibriladores, resincronizadores, assistência circulatória de média e longa permanência)	I 34 – 50



Prefeitura Municipal de Barretos

Prefeitura Municipal de Barretos

Estado de São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância Epidemiológica Municipal

Avenida Ibirapuera, 177 – E-mail: epidemiologicasaude@barretos.sp.gov.br – CEP: 14784-125

Barretos – Estado de São Paulo



()	Doença cerebrovascular	Acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular	G 45 I 60 – 69
()	Doença renal crônica	Doença renal crônica estágio 3 ou mais (taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²) e síndrome nefrótica	N 18
()	Imunossuprimidos	Indivíduos transplantados de órgão sólido ou de medula óssea; pessoas vivendo com HIV; doenças reumáticas imunomediadas sistêmicas em atividade e em uso de dose de prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou recebendo pulsoterapia com corticoide e/ou ciclofosfamida; demais indivíduos em uso de imunossupressores ou com imunodeficiências primárias; pacientes oncológicos que realizaram tratamento quimioterápico ou radioterápico nos últimos 6 meses; neoplasias hematológicas.	Z 94 B 20 – 24 C 00 – 97
()	Hemoglobinopatias graves	Doença Falciforme/Anemia falciforme e Talassemia Maior	D 57
()	Obesidade mórbida	Índice de massa corpórea (IMC) ≥ 40	E 66.8
()	Síndrome de down	Trissomia do cromossomo 21	Q 90
()	Cirrose hepática	Cirrose hepática Child-Pugh A, B ou C	K 74.6

Declaro também que o paciente acima citado está sob meus cuidados médicos e acompanhamento, e faz uso das seguintes medicações de uso contínuo: _____

Declaro para fins de direito e sob as penas da lei que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas. Estou ciente que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal brasileiro e passível de apuração na forma da lei, além de configurar infração ética prevista no Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019; capítulo X, artigos 80 e 81). Por ser verdade, dou fé.

BARRETOS, _____, de _____ de 2021.

Assinatura do Médico / CRM (carimbo)

Eu, _____ autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso nesta declaração.

Assinatura do usuário