



**Ministério
da Saúde**

Direção Nacional de Saúde

CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO REPRESENTANTE LEGAL DE MENOR DE IDADE PARA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Caro (a) Sr. (a),

Nome completo	
CNI/BI nº	# Telefone fixo
# Telemóvel	Morada

O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19 em Cabo Verde, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de indivíduos com idade entre 12 e 17 anos.

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo implementada desde meados de março do ano corrente, e tem como finalidade a proteção das pessoas, a redução de ocorrência de casos graves e de óbitos pela COVID-19 em Cabo Verde. Por meio da aquisição e da doação de diferentes tipos de vacinas, Cabo Verde tem tido a oportunidade de disponibiliza-las, de forma ininterrupta, para que todas as pessoas elegíveis que vivem no país possam ser vacinadas o mais rápido possível, tendo em conta os objetivos já referidos.

Até agora, as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos têm sido o alvo da vacinação contra a COVID-19, porque as vacinas disponibilizadas só podiam ser utilizadas em adultos. Contudo, com o avanço do conhecimento científico, atualmente há duas vacinas que podem ser aplicadas com segurança e eficácia às pessoas com idade entre 12 e 17 anos. São as vacinas da Pfizer e da Moderna, que requerem a toma de duas (2) doses para que a pessoa fique completamente vacinada e o intervalo recomendado entre as duas doses é de 28 dias.

Considerando a possibilidade de Cabo Verde vir a receber a vacina da Pfizer e a importância de ter o maior número possível de pessoas vacinadas contra a COVID-19 como medida para facilitar o controlo desta pandemia, o Ministério da Saúde vem através deste termo, solicitar a autorização para que o (a) jovem menor de idade sob sua responsabilidade seja vacinado (a) contra a COVID-19. Em caso de dúvidas em relação à vacinação, poderá contactar os serviços de saúde para esclarecimentos.

Nome completo do (a) menor de idade	
CNI/BI nº	Morada

Vacinação **AUTORIZADA**

Vacinação **NÃO AUTORIZADA**

Assinatura do responsável legal: _____

Data: ____/____/2021

É OBRIGATÓRIO a apresentação deste termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que o (a) menor de idade possa ser vacinado (a).