



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação do Programa de Imunização

TERMO DE ESCLARECIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 COM INTERCAMBIALIDADE DA SEGUNDA DOSE DA VACINA PFIZER® APÓS EVENTO ADVERSO COM PRIMEIRA DOSE DE OUTRO FABRICANTE

Unidade de Saúde _____

Eu _____

(nome completo), portador do CPF: _____, recebi a primeira dose do esquema vacinal contra a covid-19 com a vacina : _____. **Mediante evidências científicas disponíveis que já comprovam segurança e eficácia de intercambialidade entre vacinas, AUTORIZO receber a segunda dose, no intervalo recomendado, com a vacina Comirnaty (Pfizer/Wyeth).**

Optei por ser imunizado(a) com intercambialidade com vacina **Comirnaty (Pfizer/Wyeth)**, considerando as evidências existentes, de modo a completar meu esquema para garantir a eficácia vacinal e/ou como medida de precaução por ter tido o seguinte evento adverso após a primeira dose da vacina _____:

_____ (descrição da queixa clínica pós-vacinal).

Declaro também ter sido orientada pelo vacinador a notificar e comparecer imediatamente à Unidade de Saúde **em caso de quaisquer eventos adversos pós-vacinação e que a oferta da intercambialidade aqui descrita ocorrerá mediante disponibilidade de estoque da vacina.**

Rio de Janeiro, ____/____/_____

(assinatura do paciente)