



PREFEITURA

**PREFEITURA DE CAMPO LIMPO PAULISTA
SECRETARIA DE SAÚDE**

AVENIDA ALFRIED KRUPP N° 776, CENTRO
CAMPO LIMPO PAULISTA - SP, 13236-000
TEL: (11) 4039-8720 | 4039-8719

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - Representante legal do menor de idade

A Secretária de Saúde,

A Campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo realizada 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 Estado, 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, têm sido avaliados e os benefícios da vacinação permanecem sendo favoráveis. Esclarece-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina de 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, faixa etária, cópia do documento de identidade do responsável legal, 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 _____
_____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação. 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. 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)

Impressão digital do
representante legal