



PREFEITURA

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

RUA FRANCISCO MIGUEL, 275 - CENTRO
CAMPO LIMPO PAULISTA - SP, 13230-001
TEL: (11) 4039-8720 | 4039-8719

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

Prezado (a) Sr. (a),

O (A) menor sob sua responsabilidade, será vacinado contra a COVID-19 no Estado de São Paulo, de acordo com as datas preconizadas para início da vacinação de pessoas de 5 a 11 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 5 a 11 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 (tampa laranja), a qual possui o intervalo entre as duas doses de 08 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 vacinação do (a) menor _____, inscrito sob o CPF _____ 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: ___ / ___ /2022

Assinatura do Representante legal

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

Impressão Digital
do Representante