

Termo de assentimento para vacinação de pessoas de 12 a 17 anos

**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 município de Perobal, 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 Do Paraná, 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.

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 \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ / PR      Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante legal

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

Impressão digital  
do representante  
legal

**Centro de Saúde de Perobal**

Av. Jaracatia, 1060 | CEP 87538-000 | Perobal, PR | Fone: (44) 3625-1520