



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NOVA LARANJEIRAS

Estado do Paraná
Setor de Vigilância em Saúde – SVS
Departamento de Vigilância Epidemiológica - DVE
Rua São João Batista S/N - Centro - CEP 85350-000
e-mail: epidemionova@hotmail.com - Fone: 42-3637-1148/Ramal-227

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR

Prezado (a) Sr. (a) _____,
O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá participar voluntariamente da vacinação contra a COVID-19 no município de Nova Laranjeiras, 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, 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.

Esclarece-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer, a qual possui o intervalo entre as duas doses de 8 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 participação do (a) menor _____, inscrito sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua vacinação.

Estou ciente que, diante do surgimento de dúvidas quanta ao processo de vacinação, poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde onde a mesma foi realizada.

Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19 do (a) menor.

Nova Laranjeiras, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Representante Legal

**Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância Epidemiológica**